DE LA VERSION

PAR MANŒUVRES EXTERNES

ET DE

L'EXTRACTION DU FŒTUS PAR LES PIEDS

PAR

LE DOCTEUR WIGAND

TRADUIT DE L'ALLEMAND

PAR LE DOCTEUR F. J. HERRGOTT

Professeur Agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg

AVEC UNE PRÉFACE

PAR M. LE PROFESSEUR STOLTZ.

PARIS

CHEZ J. B. BAILLIÈRE & FILS

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDÉCINE

19, rue Hautefeuille.

STRASBOURG

CHEZ DERIVAUX, LIBRAIRE, 24, RUE DES HALLEBARDES.

1857.

STRASBOURG, TYPOGRAPHIE DE G. SILBERMANN.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

Préface V

Considérations générales 1

PREMIÈRE PARTIE.

VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES 3

I.

Indications 11

Elle peut être pratiquée :

a) Aussi longtemps que les eaux ne sont pas écoulées, ou immédiatement après leur écoulement 11

b Tant que les contractions régulières persistent 12

c) Accidents qui la rendent encore possible 14

Contre-indications 14

a) Procidence du cordon 14

b) Grossesse gémellaire 14

c) Convulsions de l'enfant 15

Résumé des indications et des contre-indications 15

II.

MOYENS DE PRATIQUER LA VERSION 16

A. Règles et manœuvres générales 16

1. Explorer la femme avec soin 16

2. Faire coucher la femme sur le côté dans lequel se trouve la partie fœtale qu'on veut faire descendre sur l'orifice 17

3. Faire descendre la partie la plus rapprochée de l'orifice 18

Exception à cette règle 19

4. Manœuvres externes par lesquelles on exécute la version (figure). 21

5. Moment où il faut rompre la poche des eaux 24

6. Nécessité du repos et de l'immobilité dans ce temps 26

B. Règles et manœuvres particulières 26

1er Cas. La tête repose près l'orifice 26

2e — Présentation du cou ou de l'épaule 27

3e — — du dos 28

4e — — du siége avec un ou deux pieds 29

5e — — de la tête, des mains en même temps que des pieds 30

6e — Grossesse gémellaire 31

7e — Quand le diagnostic de la présentation est impossible . . 32

Pages.
C. Avantages de la nouvelle méthode 33
Moyens de prévenir pendant la grossesse les positions anormales. . 35

DEUXIÈME PARTIE.

EXTRACTION DU FŒTUS.

Règles à observer et manœuvres à exécuter pour faire passer l'enfant lentement et sans violences à travers les voies génitales par les seuls efforts de la matrice. 41
I. Lorsque la tête ou les fesses ont été amenées sur l'orifice utérin. 56
II. Lorsque les pieds sont à l'orifice 56
III. Pendant les tractions sur l'enfant, il faut avoir égard à la coopération de la matrice. 59
IV. Manœuvres externes pendant l'extraction du fœtus. 64
V. Précautions à prendre avec le cordon 65
VI. Position ou attitude de l'accouchée 68
Observations générales 71

FIN DE LA TABLE.

PRÉFACE.

En 1812, il y a par conséquent plus de quarante ans; un accoucheur de Hambourg, le docteur Wigand, publia trois mémoires obstétricaux qu'il soumit à l'appréciation des facultés de médecine de Berlin et de Paris[1]. J'ignore si la faculté de Berlin a jamais porté un jugement sur ce livre; quant à celle de Paris, il est probable qu'elle en a même ignoré l'existence. Baudelocque était mort et à peine remplacé par Desormeaux; la langue allemande était encore moins cultivée alors qu'elle ne l'est aujourd'hui: ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'est fait mention nulle part en France du livre de Wigand. Parmi les trois mémoires qu'il renferme il en est un qui méritait cependant de recevoir une grande publicité: c'est celui qui traite de la *Version par manœuvres externes*. Je ne crains pas de dire que M. Herrgott a rendu un véritable service à la science obstétricale française et aux praticiens de notre pays en publiant la traduction de ce mémoire[2]. En effet, la pratique qui y est recommandée, en même temps qu'elle est appuyée sur des considérations physiologiques du plus haut intérêt, est fortifiée par de nombreux exemples, qui sont de véritables

[1] *Drey, den medezinischen Facultäten von Berlin und Paris übergebene geburtshülfliche Abhandlungen*. Hambourg 1812, in-4°. (Les deux autres mémoires se rapportent à l'opération césarienne et à un nouveau pelvimètre.)

[2] Une partie de cette traduction a été insérée dans la dissertation de M. Belin: *De la version du fœtus par manœuvres externes*. Strasbourg, 1856; mais outre que le mémoire n'est pas reproduit en entier, une dissertation n'est jamais assez répandue pour tomber entre les mains du plus grand nombre des praticiens.

guides pour celui qui veut les suivre, et font voir qu'en mainte occasion on peut épargner à la femme des douleurs inutiles, et à soi-même un travail toujours fatigant, assez rarement compensé par un résultat heureux.

Déjà en 1807, Wigand avait préludé à ce travail par un mémoire inséré au *Magasin de Hambourg*. L'expérience des années suivantes lui a donné la conviction que la version opérée par manœuvres externes a de grands avantages sur la méthode généralement adoptée. D'ailleurs, Wigand n'a fait qu'exhumer une manière de procéder très-ancienne, conseillée alors que l'intervention des médecins dans l'accouchement difficile était encore très-rare et très-timide; mais il l'a appuyée sur des considérations physiologiques inconnues à cette époque, et l'a soumise à des règles à peu près fixes dont on n'avait aucune idée.

En lisant attentivement le mémoire de Wigand, on verra que deux principes y prédominent, 1° le changement de présentation du fœtus par la position donnée à la mère, ou par des pressions méthodiques exercées sur le ventre et la matrice, quelquefois même par l'introduction d'un ou de plusieurs doigts dans le vagin pour agir à l'orifice de la matrice sur la partie qui y correspond; 2° l'extraction lente et méthodique du fœtus, quand on ne peut pas espérer ou quand on ne peut pas attendre son expulsion spontanée; car la première des indications, suivant l'auteur, après que la version est opérée, est d'abandonner le reste à la nature.

Il y a un an environ, un jeune accoucheur corse a également conseillé la version par manœuvres externes. Il ne prononce pas le nom de Wigand, qu'il ne connaissait probablement pas. Mais la manière de procéder de M. Mattei diffère de celle de notre auteur, d'abord, en ce que M. Mattei conseille d'opérer au septième ou au huitième mois de la grossesse; en second lieu, en ce qu'il ne cherche à faire qu'une espèce de version, celle sur la tête; en troisième

lieu, en ce qu'il n'appelle version que la manœuvre qui consiste à faire descendre la tête du fœtus sur l'orifice de la matrice quand elle est logée dans le fond de l'utérus. Wigand attache au mot version le sens que lui donnaient alors les accoucheurs, c'est-à-dire qu'il entend par là la manœuvre par laquelle on amène l'une ou l'autre extrémité de l'axe fœtal sur le détroit supérieur, quand ni l'une ni l'autre s'y rencontrent. Il y voit même avec les contemporains un second temps, l'expulsion ou l'extraction de l'enfant. Il conseille de ne chercher à faire la version que quand la matrice a déjà commencé à se contracter. Enfin il ne veut pas que l'on cherche toujours à faire descendre la tête, il donne même la préférence au siége, parce qu'il est plus facile de faire l'extraction du fœtus quand les extrémités inférieures peuvent être attirées. Sous ce dernier rapport il a même été mal compris par ses compatriotes. En effet, les auteurs allemands ne parlent généralement de la méthode de Wigand qu'à propos de la version sur la tête, tandis que Wigand conseille de ne faire descendre la tête que quand elle est plus rapprochée que les fesses de l'orifice de la matrice. Peut-être aussi cette erreur tient-elle à ce que les accoucheurs allemands préfèrent dans tous les cas où ils veulent faire avancer l'extrémité pelvienne, d'introduire la main dans la matrice pour saisir directement les pieds.

La méthode préconisée par Wigand est une *méthode générale*, également applicable à la version sur l'extrémité pelvienne et à celle sur l'extrémité céphalique. Elle consiste surtout à obtenir ces changements de présentation par des attitudes ou positions particulières de la femme, par des pressions continues ou interrompues, exercées sur son ventre en vue d'agir sur l'une ou l'autre des extrémités fœtales ou sur les deux à la fois, pour faire descendre l'une et remonter l'autre, pour placer, en un mot, l'axe fœtal

dans l'axe utérin et restituer un parallélisme nécessaire à l'expulsion ou à l'extraction du fœtus.

La description de cette manière d'opérer est suivie, comme je l'ai dit plus haut, de celle d'extraire le fœtus par les pieds. Frappé par le résultat souvent malheureux de l'extraction du fœtus par les extrémités inférieures, Wigand en rechercha la cause, et crut pouvoir attribuer ce résultat à la promptitude ou à la précipitation avec laquelle on opérait généralement de son temps : il arriva à cette conclusiou par l'observation de la nature. Il avait remarqué que dans les cas où le fœtus nait spontanément par les fesses, il venait presque toujours vivant au monde (bien entendu quand il n'avait pas déjà cessé de vivre avant de s'engager) quoique son expulsion ne se fît que lentement et graduellement. Ce contraste, et une étude approfondie du mécanisme de l'accouchement spontané par l'extrémité pelvienne, lui ont fait penser que l'art pourrait être aussi heureux que la nature, pourvu qu'il cherchât à l'imiter. L'expérience le confirma dans cette croyance et le mit bientôt à même d'indiquer un certain nombre de règles qu'il a développées de manière à ce que le praticien y puisse trouver un guide aussi complet que sûr.

Je félicite donc de nouveau mon collègue et ami, d'avoir songé à traduire ce mémoire de Wigand, qui renferme plus de vérités et plus de préceptes utiles et pratiques que maint livre qui contient dix fois plus de pages.

Strasbourg, le 10 mai 1857,

AL. STOLTZ.

NOUVELLE ET FACILE MÉTHODE

DE

TOURNER ET DE FAIRE NAITRE LES ENFANTS

SANS

EMPLOYER NI GRANDE ADRESSE NI FORCE.

Dans l'opération de la version il faut distinguer *deux* temps importants et complétement distincts :

1° Le changement artificiel de position, par lequel on transforme en normale une position anormale, c'est-à-dire par laquelle on donne au fœtus, par rapport au col de la matrice et au reste des parties génitales, une position telle, qu'il puisse les traverser facilement et sans danger, pour lui et pour la mère.

2° L'Expulsion ou l'Extraction de l'enfant, dont la position anormale a été transformée en position normale.

Le premier temps de l'opération, celui du changement artificiel de position du fœtus, ou la *version* proprement dite, présente les particularités suivantes :

A. On peut changer une position anormale du fœtus en trois différentes positions normales, c'est-à-dire faire la version :

a. Sur la tête ;

b. Sur les pieds ;

c. Sur les fesses.

B. Ces trois opérations peuvent être pratiquées :

a) Par manœuvres internes, c'est-à-dire, par l'introduction dans la matrice de la main, qui recherche et fait descendre la partie fœtale par laquelle on veut faire naître l'enfant.

b) Par manœuvres externes, c'est-à-dire par une position convenable donnée à la femme en travail, et une action sur l'en-

fant à l'aide de *pressions* méthodiques exercées sur le ventre, d'après des règles bien établies, jusqu'à ce qu'il se présente par l'une ou l'autre de ses extrémités.

Le deuxième temps de l'opération, celui *du passage* de l'enfant après le changement de présentation, peut aussi avoir lieu de deux manières différentes. L'enfant peut :

A. Être mis au monde par des *manœuvres artificielles*, ce qui se fait rapidement et exige souvent une certaine force;

B. Ou bien il peut, comme dans les accouchements par la tête, les pieds ou le siége, qui, pour cela, sont appelés naturels, être expulsé par les *seuls efforts de la nature*, *les seules contractions utérines.*

Dans cette courte esquisse, mes lecteurs auront déjà saisi les *trois* points capitaux qui distinguent cette méthode de version, que j'ai appelée *nouvelle*, et qui diffère essentiellement des anciennes, car :

1° Je ne fais pas seulement la version sur la tête ou sur les pieds, mais aussi sur le *siége.*

2° Je ne modifie pas les positions anormales, seulement à l'aide de manœuvres internes, mais encore, et c'est là le point capital, à l'aide de manœuvres et de moyens *externes.*

3° Pendant le passage de l'enfant à travers les voies génitales, je renonce, autant que possible, à toute manœuvre violente, et j'abandonne entièrement cette partie de l'opération à la nature.

PREMIÈRE PARTIE.

VERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES.

J'ai été conduit à cette pratique, et cela depuis plusieurs années déjà, par les observations de *versions spontanées* que j'ai empruntées en partie à d'autres accoucheurs, et que j'ai, en partie, faites moi-même. Les plus extraordinaires ont été celles-ci :

Souvent j'ai été appelé par des sages-femmes instruites et exercées au toucher, qui, dans leur exploration, avaient trouvé une présentation de l'épaule, du bras ou d'une autre partie analogue, et qui avaient regardé la version comme indiquée. A mon arrivée, j'avais reconnu, au grand étonnement, à l'effroi même de ces femmes, que la position était tellement bonne qu'il n'y avait à songer, ni à la version, ni à aucune autre opération.

Un cas de ce genre m'est toujours présent à la mémoire. L'accoucheuse M.... avait trouvé, en touchant une pluripare en travail, l'orifice de la matrice largement dilaté, le segment inférieur entièrement vide, l'on n'avait pu sentir au détroit supérieur aucune partie de l'enfant, si ce n'est le cordon déjà fortement prolabé. J'avais été appelé pour faire la version. Quel ne fut pas l'étonnement de la sage-femme, quand, après un examen attentif, je lui assurai que non-seulement la tête s'engageait bien, mais qu'elle était déjà fortement descendue, et que l'on pouvait maintenant s'attendre à un accouchement naturel. En effet, un quart d'heure après, l'enfant naquit; mais l'honneur de la sage-femme était sauvé; à peine l'occiput eut-il franchi la vulve jusqu'à l'oreille, qu'un long morceau du cordon s'échappait en même temps, l'enfant, bien conformé dailleurs, vint malheureusement mort au monde. Il avait dû nécessairement se faire une version spontanée sur la tête, le cordon, fortement prolabé, avait dû être comprimé, ce qui avait causé la mort de l'enfant.

Une autre fois il m'était arrivé de trouver, à la première ex-

ploration, tout le segment inférieur de la matrice vide; et seulement en introduisant très-profondément le doigt, d'ordinaire à gauche, de sentir la tête dans la fosse iliaque, ce qui, d'après les plus anciens auteurs, eût motivé immédiatement la version. Mais bientôt des contractions plus énergiques avaient forcé la tête à se présenter au détroit supérieur, et l'accouchement avait été tout simple et tout normal. De toutes les versions spontanées, ce sont celles-ci que j'ai rencontrées le plus souvent.

Plus rarement il était arrivé qu'au début du travail, il y avait eu présentation directe de l'épaule ou du bras, et que, quelques heures après, l'épaule en se retirant avait fait place à la tête.

J'ai aussi observé des cas où l'on avait senti distinctement le tronc au début du travail, et où, après plusieurs contractions, les fesses, les pieds ou même la tête avaient pénétré les premiers dans l'excavation. J'en rapporterai un exemple plus loin.

J'ai également vu, deux ou trois fois, la tête, les pieds, les bras et le cordon ombilical se présenter en même temps (le tout pelotonné en une seule masse), et, à la fin, cette présentation fâcheuse se convertir d'elle-même en une présentation des pieds, ce qui est le plus fréquent, ou même en une présentation de la tête. Dans tous ces cas, la tête ou les pieds, selon la présentation, s'étaient tellement retirés, que la main, introduite même profondément, ne pouvait plus en retrouver la moindre trace.

Enfin, j'ai observé un cas où d'abord les pieds seuls s'étaient présentés, et où bientôt ils s'étaient éloignés et avaient fait place aux fesses.

Ces cas me parurent, au commencement de ma pratique, aussi *extraordinaires*, qu'*inexplicables*, attendu que je ne pouvais pas en découvrir les causes, ni internes, ni externes. Ce n'est qu'à la suite d'observations répétées et plus attentives, après quelques expériences faites dans ce but, que je remarquai que, des versions spontanées ou de pareils changements de présentation, n'exigeaient pas justement de bien grands efforts mécaniques, ni des moyens violents; mais qu'ils s'opéraient, au contraire, très-souvent sous l'influence de causes très-légères.

Je remarquai que le simple *décubitus* latéral de la femme, la seule pression qu'elle exerce elle-même contre son ventre pendant le travail, pour le *soutenir* ou pour le *soulever*, un ou plusieurs efforts *de toux* ou d'*éternuement*, un mouvement *brusque*, et d'autres circonstances analogues avaient eu une très-grande influence sur la position de l'enfant Je commençai alors à faire des essais plus nombreux et plus sérieux; et, ce que j'avais vu arriver si souvent spontanément, je cherchai à le produire moi-même. Je ne m'appliquai pas seulement à modifier la *présentation* de l'*enfant* par une *position donnée* à la femme en travail, mais encore par des *pressions externes faites à dessein et avec mesure sur le ventre et sur la matrice*. De nombreuses observations dignes de foi et des recherches faites dans ce but m'avaient déjà démontrés quelle était l'influence de la position de la femme sur la présentation de l'enfant; il me restait encore quelque doute sur le résultat qu'on pouvait attendre des pressions *externes* faites sur le ventre. Plusieurs faits cependant m'avaient semblé venir à l'appui de leur efficacité et de leur utilité. Je me rappelai des versions par la méthode ordinaire, dans lesquelles j'avais aidé la main introduite dans l'utérus par des pressions exercées avec l'autre sur telle ou telle partie du ventre, manœuvres qui avaient hâté le succès de l'opération.

Je me dis ensuite : la matrice est à la vérité un organe vivant, qui se contracte d'après des lois et des principes dynamiques immuables, mais elle n'en est pas moins soumise aux lois de la mécanique. Elle lui est soumise surtout au moment de l'accouchement, alors qu'elle représente un grand sac mou, dont la forme peut être changée facilement par des pressions externes. Ce changement doit pouvoir s'opérer sans peine au moment où la matrice perd les eaux qui la remplissaient, car, dans cet état de vacuité, la résistance de ses parois aux pressions externes est bien plus faible. Si dans ces circonstances un changement de forme de la matrice, une impression par une action extérieure sont possibles, on comprendra facilement, que cette action pourra changer la position du fœtus appuyé contre les parois utérines, attendu que chaque pression extérieure devra agir nécessairement sur le fœtus, avec d'autant plus d'effica-

cité, que celui-ci est très-mobile dans le liquide amniotique, et que sa peau est lubréfiée par une couche de caséum.

La *possibilité* d'un changement de position à l'aide de manœuvres externes me parut donc suffisamment démontrée. On pouvait seulement se demander si *on pouvait conseiller* une telle pratique, et si des pressions exercées sur les parois de la matrice ne lui étaient pas nuisibles. De nombreuses observations et le raisonnement me tranquillisèrent à cet égard. J'avais remarqué bien des fois que la matrice pouvait supporter des pressions et des coups. Je me souvins que bien souvent la tête était restée enclavée pendant plusieurs heures au détroit supérieur, malgré les contractions les plus énergiques, et la matrice comprimée en plusieurs endroits (par exemple au sacrum et au pubis), sans qu'il en fût résulté ni inflammation ni gangrène. Je me rappelais aussi ce fait presqu'incroyable qui s'était passé vers 1785 chez une pauvre femme que j'avais été obligé d'accoucher au forceps : la sage-femme m'avait énergiquement assuré qu'elle avait déjà tout essayé, et qu'entre autres le mari, qui était un grand soldat, par bonheur, peu robuste, avait, je ne sais si c'était par instinct ou d'après les conseils de la sage-femme, *comprimé de toutes ses forces et durant une demi-heure le ventre* de sa femme en travail, dans le but de la soulager. A mon grand étonnement il ne survint pendant les couches aucune lésion après un acte d'une aussi grande barbarie.

Je me rappelai encore que bien souvent des femmes enceintes étaient, dans les dernières semaines de leur grossesse, tombées de grandes hauteurs, ou s'étaient heurté le ventre contre des surfaces dures et anguleuses, et avaient eu des ecchymoses, des contusions et même des plaies, sans qu'il en fût résulté rien de fâcheux, ni pour la matrice, ni pour le travail. Et que de fois n'at-on pas vu dans la basse classe, des maris frapper de leurs poings (que ces gens-là appellent leurs armes naturelles) le ventre de leur femme, même au terme de la grossesse, et tout cela rester sans suites fâcheuses.

D'après ce que nous venons de dire, que doit-on avoir à redouter de *pressions légères faites avec précaution*, ainsi que nous conseillons de les pratiquer dans notre nouvelle méthode ?

Évidemment point de *déchirure de la matrice!* Elle ne doit même pas arriver quand on emploie une force assez grande, puisque la main qui comprime, ainsi que nous le verrons plus bas, n'agit pas directement de la périphérie vers le centre, mais obliquement et latéralement; elle ne diminue pas la capacité de l'organe, elle change seulement sa forme, en convertissant une sphère en un ellipsoïde allongé. Si dans cette manœuvre une déchirure était possible, elle ne pourrait se faire que dans le cul de sac utéro-vaginal, qui dans toute opération est le point le plus lésé, le plus tiraillé et en outre le moins résistant. Mais ce que le vagin perd d'un côté par les tiraillements, il le gagne de l'autre par l'abaissement de la matrice, de sorte que l'équilibre est rétabli. Rassuré par tout ce que je viens de dire au sujet de la *possibilité* et de l'*innocuité* des changements de présentation du fœtus par manœuvres *externes*, il me restait encore plusieurs choses importantes à étudier, savoir :

1° Quels étaient les *cas* et les *conditions dans* lesquels, et *pour* lesquels, un changement de présentation du fœtus à l'aide de simples pressions ou d'autres manœuvres externes était *possible* et devait être *conseillé.*

2° *Comment*, dans ces cas, les manœuvres externes devaient être faites, *par quoi* elles devaient être secondées, et *dans quel moment* elles devaient être entreprises.

La réponse à ces questions, telle qu'elle résulte des essais que j'ai faits et de mon expérience, sera donnée plus bas. Mais, avant d'entrer dans les détails, je trouve utile de rappeler quelques observations déjà consignées ailleurs[1]; elles serviront de préambule :

En décembre 1800, une sage-femme me fit appeler auprès de Mme M..., pluripare, qui avait des douleurs assez vives depuis quatre à cinq heures de temps. Au toucher, on ne sentait aucune partie fœtale à travers l'orifice dilaté et les membranes fortement tendues. Dans ce cas, la sage-femme avait raison de croire que la version était indiquée. Je constatai l'exactitude de ses renseignements, et de plus je trouvai une obliquité latérale

[1] Dans *Hamb. Mag. f. Geb.*, t. I, p. 56.

droite beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire. Déjà préoccupé à cette époque, de l'idée de changer la présentation du fœtus par des manœuvres externes, je recommandai à la femme en travail de se coucher sur le côté gauche et de rester dans cette position. L'inclinaison droite de la matrice, et un globe dur que je sentais très-bien à travers les parois abdominales amaigries de la femme, au-dessus et derrière le pubis gauche, me firent penser que *la tête* était appuyée sur le bord gauche du détroit supérieur. Je plaçai alors un coussin dur sous le côté gauche et inférieur du ventre, de façon à ce que la plus forte pression du coussin s'exerçât particulièrement au-dessus du bord supérieur du pubis et de l'os iliaque gauches, dans une direction oblique de dehors en dedans; je recommandai aussi à la femme de ramener fortement pendant les contractions le coussin vers elle, à l'aide d'une main. Au bout de quelques minutes, non-seulement les contractions étaient devenues plus fortes et plus rapprochées (ce que l'on voit d'ailleurs souvent chez la femme en travail à la suite d'un changement brusque de situation), mais je sentis la tête, que jusque-là l'on n'avait pu atteindre, descendre au côté gauche du détroit supérieur, et se placer, quoique toujours un peu latéralement, dans l'ouverture supérieure du petit bassin. A ce moment, je rompis les membranes, et j'eus la satisfaction de sentir, immédiatement après l'écoulement des eaux, la tête s'engager de plus en plus dans une position normale, et remplir complétement l'aire du détroit supérieur. J'abandonnai le reste à la sage-femme, et j'appris plus tard que la dame M. avait peu d'heures après accouché normalement d'un enfant vivant.

J'eus occasion d'observer un cas analogue, le 31 juillet 1802, où la même opération fut suivie d'un résultat plus brillant encore. C'était chez une israélite auprès de laquelle je fus appelé par une sage-femme et par un jeune accoucheur très-habile. Tous deux croyaient que la version était nécessaire et me prièrent de la faire. Je trouvai une obliquité *gauche* de la matrice très-prononcée. Le col était largement ouvert, son bord tuméfié et mou, la poche saillante, tendue et prête à se déchirer. A peine pouvait-on sentir la tête au toucher; elle était placée obliquement

au-dessus du pubis droit. Je fis coucher la femme sur le côté droit, je rompis la poche pendant une contraction, et, à l'aide de l'indicateur et du médius de la main gauche, je fis descendre la tête du bord supérieur et antérieur droit du bassin ; en même temps je pressai fortement de la main droite, appliquée à l'extérieur, *sur le côté gauche et supérieur du ventre*, de façon à faire correspondre le fond de l'utérus et l'axe longitudinal de l'enfant avec l'axe du détroit supérieur. Immédiatement après cette manœuvre, la tête descendit dans l'excavation, et en moins d'une heure l'accouchement était heureusement terminé.

J'ai observé plusieurs douzaines de cas dans lesquels j'ai pu changer par ces manipulations une position fœtale anormale qui paraissait nécessiter la version, et obtenir chaque fois un accouchement facile et naturel par la tête.

Rarement j'en ai rencontré d'aussi remarquable que celui que j'eus occasion d'observer, au milieu de novembre 1800, chez Mme K.., avec mon excellent collègue et ami le docteur Ortmann. Cette dame avait déjà été accouchée deux fois par feu le docteur Gerson, accoucheur très-habile, qui, les deux fois, avait amené un enfant mort après une version indiquée par la procidence du bras et du cordon. Elle voulut cette fois être accouchée par moi. Quinze jours déjà avant l'accouchement, elle me fit appeler, croyant que la délivrance allait avoir lieu. Je la trouvai en proie à de vives douleurs ; le col était dilaté du diamètre de 1 pouce et 1/2, et je sentais parfaitement à travers la poche déjà fortement engagée plusieurs extrémités et surtout un *pied*. Les douleurs, qui étaient intenses vers la région lombaire, cédèrent peu à peu les jours suivants aux antispasmodiques prescrits par mon confrère, à des lavements répétés de camomille et à un décubitus dorsal absolu ; elles disparurent au point que la dame put reprendre ses occupations habituelles. Malgré cela, le col resta ouvert ainsi que je l'avais trouvé lors de ma première exploration. Quinze jours après ma première visite, l'accouchement devint imminent, l'ouverture du col s'aggrandit pendant chaque contraction, la poche, formant une tumeur conique allongée, s'engagea fortement. Il me fut facile de diagnostiquer une présen-

tation du *trone*, le dos tourné en avant. L'inclinaison antérieure si prononcée, et la légère obliquité latérale droite de la matrice, m'engagèrent à placer la femme sur le dos, un peu inclinée sur le côté gauche, à lui faire soulever fortement le bassin et à exercer, pendant les contractions, une forte pression sur le *côté gauche du ventre, surtout immédiatement au-dessus du pubis*. Je me proposais de ramener par cette manœuver la tête ou le siége sur le détroit supérieur. Mon espoir se réalisa bientôt. Le dos s'éloigna complétement et la tête se présenta après que, pendant quelque temps, je n'avais senti aucune partie de l'enfant[1]. A la suite de plusieurs oscillations que fit la tête pendant les douleurs, et dans leur intervalle elle s'engagea enfin en bonne position dans le détroit supérieur, et j'eus la satisfaction d'être dispensé de faire la version qui, dans les deux accouchements précédents, avait été accompagnée des plus grandes difficultés[2] et avait été mortelle pour les enfants, quoiqu'elle eut éte faite par un chirurgien très-habile. Sous ce dernier rapport, je ne fus pas plus heureux que mon prédécesseur, car malheureusement le cordon et une main s'engagèreut en même temps que la tête. Je réduisis la main par une manœuvre bien connue, en la portant au-dessus et derrière la tête, mais je ne pus réussir à refouler de cette manière le cordon. Comme il s'avançait toujours davantage, et se trouvait comprimé de plus en plus entre la tête et le bassin, que les pulsations se ralentissaient, je me vis forcé d'accoucher la femme au forceps; et cette fois aussi l'enfant était mort.

Ce qu'il y a eu d'étonnant dans ce cas, c'est que quinze jours avant l'accouchement j'avais trouvé une présentation de petites parties, que quinze jours plus tard je reconnus une présentation du dos, et qu'enfin ce fut la tête qui se présenta lors de l'ac-

[1] La *tête* descendit par hasard et sans mon intention. Si j'avais connu déjà à cette époque les manœuvres indiquées par cette position transversale, aussi bien que je les connais maintenant, je n'aurais pas fait descendre la tête mais le siége, ce qui, ainsi que nous le verrons plus loin, est bien plus facile dans les cas analogues.

[2] Les difficultés et les dangers de l'opération m'ont paru résulter d'une certaine étroitesse et d'une inclinaison assez prononcée du bassin.

couchement. Un changement aussi considérable dans la présentation du fœtus, opéré simplement par des manœuvres externes et par de très-faibles secours de la nature (car les contractions furent très-irrégulières depuis le commencement jusqu'à la fin de l'accouchement), dut m'encourager à faire de nouvelles expériences. A partir de ce moment, je pourrais citer un grand nombre d'accouchements où je fis un usage très-heureux des manœuvres externes dans toutes sortes de positions vicieuses du fœtus, et où j'évitai par là bien des versions, opérations qui dans les circonstances les plus favorables ne sont pas exemptes de peines et de dangers.

Après ces préliminaires, je puis entrer dans quelques détails au sujet des questions précédentes; et demander d'abord :

I. *Quels sont les cas, les conditions, dans lesquels il soit indiqué ou contre-indiqué d'opérer le changement de présentation du fœtus par des simples manœuvres externes, et qui peuvent dispenser de l'introduction de la main dans la profondeur de la matrice?*

La *première* condition de possibilité est *que les eaux ne soient pas encore écoulées*, ou *qu'elles ne le soient* que depuis peu de temps et *en partie* seulement.

Ceci est facile à comprendre. Aussi longtemps que l'enfant est entouré des eaux de l'amnios, il est mobile dans ce liquide et n'est pas encore fortement pressé contre les parois utérines : on peut alors lui faire prendre toutes sortes de positions. Tout accoucheur qui a fait la version par la méthode ancienne avant la rupture de la poche a pu faire cette remarque. La matrice forme alors un sac presque *rond* qui se prête facilement à tous les mouvements de l'enfant qui a une forme *allongée*. Mais après l'écoulement des eaux, la cavité de la matrice est rétrécie, ses parois s'appliquent fortement contre le fœtus, et l'utérus, rond un instant avant, devient elliptique ou ovale, selon qu'il s'est plus ou moins contracté et moulé sur la forme du fœtus dans sa position. Celui-ci est alors tellement immobile dans la matrice, qu'il fait pour ainsi dire corps avec elle, et que sa position première ne peut plus être changée.

Malgré cela, il est certaines présentations du fœtus qui, même quelque temps après l'écoulement des eaux, peuvent en-

cors être modifiées par des manœuvres externes: ainsi, par exemple quand la tête est placée sur l'un ou l'autre bord du bassin et que l'axe fœtal ne dévie que peu de l'axe de la matrice. Mais comme ces cas sont les plus rares et que la version par méthode externe, aussi bien que celle par méthode interne, est, sans contredit, plus facile à exécuter avant la rupture des membranes, et cela par des raisons nombreuses, il est du devoir de l'accoucheur d'insister pour qu'il ne soit jamais *appelé tardivement* auprès d'une femme en travail, afin de ne pas laisser échapper le *vrai* et *seul* moment pendant lequel l'opération peut être faite avec facilité.

Je crois, du reste, que le moment est venu de rappeler en peu de mots les circonstances qui peuvent favoriser la nouvelle méthode de version, circonstances que j'ai observées assez souvent pour les regarder comme les règles fixes et immuables que suit la nature dans ce travail. Ainsi, j'ai trouvé que dans chaque cas de présentation *anormale* (je ne range pas dans cette catégorie les présentations des pieds et du siége), il y avait une *quantité extraordinaire d'eau de l'amnios*, et que la matrice et le ventre avaient une forme *globuleuse*. Il est un fait certain et très-étonnant, c'est que précisément la cause principale (la trop grande quantité d'eau) pour laquelle le fœtus s'écarte de l'axe de l'utérus et de sa position normale, est aussi la condition par laquelle l'enfant peut être facilement ramené en bonne position, condition même nécessaire à cette manœuvre. C'est ainsi que la nature bonne et prévoyante a toujours opposé le bien au mal, la richesse à la pauvreté, l'espérance qui relève à la crainte qui abat, le calme à la douleur et la force médicatrice à la maladie destructive.

Une *deuxième* condition très-importante pour que la version par la méthode externe soit possible et praticable est la *persistance des douleurs et des contractions utérines*, qui ne doivent être *ni trop faibles, ni irrégulières, ni spasmodiques*.

La règle générale inviolable, de ne jamais entreprendre aucune opération obstétricale, pas même l'opération césarienne, sans un concours certain et régulier de la matrice, trouve ici également son application. Par la position que l'on donne à la

femme et par des pressions méthodiques exercées sur le ventre, on peut *modifier* une présentation anormale du fœtus, mais ces moyens sont impuissants à *maintenir* la bonne présentation. Pour cela, il faut d'autres forces qui, pour la plupart, ne sont pas au pouvoir de l'accoucheur, mais dépendent seulement de la matrice. Celle-ci, en se contractant, ne contribue pas seulement à expulser le fœtus, comme cela arrive dans tout accouchement, mais elle l'embrasse tellement, aussitôt que sa position est modifiée, qu'elle l'empêche de reprendre sa position primitive. Quand il y a absence de douleurs, ou quand elles sont irrégulières et spasmodiques, on a beau donner à l'enfant telle bonne position que l'on voudra à l'aide des manœuvres externes, il reprendra la mauvaise aussitôt qu'on les aura suspendues. Je me rappelle plusieurs cas où, pendant des contractions très-violentes, la tête, qui plusieurs fois avait été poussée en bas, remontait au-dessus du détroit supérieur sur le bord du bassin, jusqu'à ce que j'eusse administré quelques doses d'opium et régularisé ainsi les contractions utérines qui, jusque-là, étaient restées irrégulières et partielles. Au reste, je dois mettre en relief cette circonstance importante qui se présente souvent dans la pratique, car si elle était méconnue ou n'excitait pas une attention suffisante, il en résulterait un préjudice notable pour la nouvelle méthode. Qu'on se garde d'attribuer à la méthode elle-même les difficultés de cette opération et l'impossibilité de la pratiquer, alors qu'elles ne dépendent souvent que des spasmes et des contractions irrégulières de la matrice. Je me rappelle des cas de version par méthode interne où la main parvenue dans l'utérus (où cependant elle a bien plus de facilité d'action) n'a pas pu opérer pendant un certain temps à cause des contractions spasmodiques et irrégulières : on trouve, un grand nombre d'exemples semblables dans les observations de Stein.

Les *autres conditions* dans lesquelles la version par manœuvres externes ne doit être entreprise qu'avec une grande prudence, sont : les *hémorrhagies* venant de la matrice ou de tout autre point des organes génitaux, des *convulsions* ou des *syncopes réitérées*, des *vomissements opiniâtres*, des *ruptures de la matrice* ou *du vagin*, des *douleurs rhumatismales* ou une *inflammation*

de la matrice, une *hernie étranglée*, un *anévrisme*, un *décollement prématuré du placenta*, etc., etc.

Ordinairement ces accidents nécessitent une prompte délivrance, sans avoir égard à la vie du fœtus; et l'on aurait tort d'attendre des contractions qui, en général, manquent ou sont très-faibles, alors que l'art doit intervenir avec rapidité. Cependant, quand il y a implantation du placenta sur l'orifice, ou des douleurs spasmodiques tout au début du travail (cas dans lesquels l'opium produit souvent des effets merveilleux), il peut se rencontrer des exceptions qui doivent être laissées à l'appréciation de l'accoucheur.

Jusqu'ici nous ne nous sommes occupé que *de la mère*, nous allons maintenant passer en revue les indications et les contre-indications tirées *du fœtus*.

La *première contre-indication* de la version par manœuvres externes est la *procidence du cordon*. Celui-ci oppose une telle résistance à tout changement d'attitude du fœtus, qu'il n'y a rien à attendre des pressions externes; trop souvent malheureusement il descend tellement bas dans le bassin avec la tête, ou, ce qui est plus défavorable encore, avec une autre partie de l'enfant, que la moindre pression peut devenir mortelle pour lui. Mon expérience m'a donné la conviction la plus intime que, dans tous les cas où *le cordon se présente* et fait saillie à travers l'orifice, il est urgent de *pratiquer immédiatement la version*, que les douleurs soient régulières ou non, et quand bien même la tête se présente dans la position la plus favorable, et que l'accoucheur sait appliquer le forceps avec la plus grande dextérité.

La *deuxième contre-indication* se trouve dans une *grossesse gémellaire*, quand on ne peut pas reconnaître distinctement la présentation et la position de chaque enfant, et que la pression abdominale ne promet pas de résultat certain, chose pourtant si nécessaire. Il pourrait encore fort bien arriver que l'on rompît trop tôt, et en temps inopportun, la poche du deuxième enfant, et que l'on amenât à l'orifice des petites parties concordant peut-être très-bien ensemble, mais n'appartenant pas au même fœtus.

Comme *troisième contre-indication*, je regarde les *violentes convulsions de l'enfant*, l'*hydrocéphale*, l'*ascite*, etc., cas qui exigent, sinon toujours, du moins ordinairement la prompte intervention de l'art.

Nous venons de passer en revue les nombreuses exceptions et les contre-indications dans lesquelles la version par manœuvres externes ne doit pas être employée, ou ne doit l'être qu'avec beaucoup de réserve ; mais les cas où cette opération est indiquée, sont encore bien plus nombreux. Les cas précédents sont chaque année comptés parmi les cas exceptionnels, surtout depuis que l'hygiène des femmes enceintes est mieux entendue, que les soins donnés à la femme en travail sont plus doux et plus rationels, que l'on connaît l'influence sur la marche de l'accouchement d'une position convenable donnée à la femme, et que l'on emploie l'opium[1], cette grande panacée des accouchées. Je crois devoir attribuer à ces soins le petit nombre des cas malheureux que j'ai rencontrés dans ma pratique pendant les dernières années. La plupart des présentations anormales furent telles, que mes manœuvres externes suffirent, et que je n'eus pas besoin de recourir à la méthode ancienne, dans des cas même où des sagesfemmes et des accoucheurs avaient déjà troublé la marche de la nature par beaucoup de moyens fatigants et violents.

Quant aux présentations du fœtus, je puis assurer que je n'en ai pas rencontré une seule anormale où mes manœuvres externes n'aient eu un plein succès, depuis les cas les plus faciles, ou la tête était seulement appliquée sur l'un ou l'autre des os iliaques, jusqu'aux plus difficiles, alors que le tronc ou la hanche se présentait, ou même qu'un bras était déjà prolabé.

Je puis donc, d'après les indications précédentes, regarder cette méthode comme devant être substituée à l'ancienne, *dans toutes les présentations anormales, quand il ne devra pas y avoir accouchement forcé.*

Sans énumérer maintenant avec détails tous les cas de pré-

[1] Dans le cours de ce travail je saisirai l'occasion de parler de l'influence favorable de l'opium sur l'accouchement en général, et surtout sur les positions anormales du fœtus.

sentation vicieuse, je passe à la deuxième partie de ce chapitre, *à la partie pratique.*

II. *Quels sont les moyens et les manipulations externes nécessaires dans ces cas, dans quelle région et dans quel moment doivent-ils être appliqués?*

Je vais tâcher de répondre aussi complétement que possible d'après les recherches et les observations nombreuses que j'ai faites sur ce sujet.

Dans le premier chapitre, j'exposerai les *règles* et *manœuvres générales;* dans le deuxième, je parlerai de quelques *règles particulières* et *exceptionnelles;* enfin, dans un supplément, je décrirai les *avantages de la nouvelle méthode sur l'ancienne* et *les meilleurs moyens à employer pour modifier une présentation anormale du fœtus.*

A. *Règles et manœuvres générales.*

1° *Avant tout on doit chercher par tous les moyens possibles, par l'exploration interne aussi bien que par l'exploration externe, à se faire une idée complète de la présentation et de la position de l'enfant dans la matrice.*

On s'efforcera d'abord de bien reconnaître dans quel côté de la matrice sont logés la tête et les pieds; car, comme nous le verrons tout à l'heure, ce sont là les deux parties fœtales sur lesquelles on doit surtout agir par les manipulations externes. Ce n'est qu'après avoir acquis une connaissance bien précise de la présentation du fœtus que l'on peut faire des manœuvres externes avec la mesure et la force nécessaires à une réussite prompte et complète. Cette exploration nous a souvent été très-facile; mais elle peut quelquefois être extrêmement difficile, et c'est alors le cas pour l'accoucheur, d'employer avec prudence tour à tour des moyens d'exploration et de vérification; ainsi :

a) Il doit explorer la femme dans diverses positions, tant debout que couchée sur le dos ou sur le côté.

b) Pendant l'exploration interne, il doit, de l'autre main, presser fortement sur la partie du ventre la plus saillante.

c) Quand il y a une forte inclinaison de l'utérus d'un côté ou

de l'autre, il doit faire coucher, pendant l'exploration, la femme sur le côté opposé.

d) Quand il n'y a pas de saillie bien prononcée, il doit presser fortement le ventre au-dessus du pubis, et en même temps faire tousser ou crier la femme.

e) Enfin, quand il ne peut pas bien reconnaître la présentation par le toucher avec un ou deux doigts, il doit introduire la main entière dans le vagin.

2° *On fera coucher la femme sur le côté dans lequel se trouve la partie fœtale que l'on veut faire arriver sur l'orifice.*

Si la partie fœtale que l'on doit faire descendre, est la tête, et si celle-ci repose sur l'os iliaque *gauche*, il faut faire coucher la femme sur le *côté gauche*. On comprend aisément les raisons de ce précepte. Il y en a deux :

a) L'utérus, quoique reposant exactement sur le milieu du détroit supérieur, est cependant encore assez mobile pour pouvoir être incliné de côté ou d'autre; par son poids, il tombe facilement du côté où la femme est couchée.

b) Le fœtus suit les mouvements de la matrice, et en même temps qu'elle, il change la direction de son axe longitudinal par rapport à l'axe du bassin, de telle façon qu'il doit en résulter nécessairement une autre présentation.

Ce changement est d'autant plus facile que, ainsi que nous l'avons vu plus haut, la forme de l'utérus dans les présentations anormales se rapproche de la forme globuleuse et qu'il renferme beaucoup d'eau. Il en résulte que les mouvements du fœtus sont très-faciles, puisqu'il a plus d'espace. Du reste, ce n'est pas seulement la *position latérale* de la femme qui peut être employée pour obtenir un changement de présentation du fœtus, il y a des cas de présentation anormale où il faut la faire coucher *sur le dos* ou *sur le ventre*, comme, par exemple, quand le ventre est fortement en besace, ce que nous examinerons plus loin.

Les règles spéciales relatives à la position à donner à la femme peuvent se résumer dans les suivantes :

La femme ne doit pas être *tout à fait couchée*, ni même trop inclinée sur le côté; d'abord parce que cela est inutile, puis

parce que cela pourrait ajouter d'autres et de nouvelles difficultés. Le mieux est, dans la plupart des cas, une position latérale *modérée*, calculée de manière à ce que l'ombilic, qui est un des meilleurs points de repère, et qui, dans le décubitus dorsal, doit être sur une ligne parallèle à la colonne vertébrale, se trouve maintenant incliné de côté, de quatre à cinq pouces. Au lieu de coucher la femme sur le ventre, position en général très-gênante, je la couche tout à fait sur le côté, sur le bord d'un coussin épais et dur, afin que le ventre pende librement dans le lit. Dans cette position de la mère, les parties de l'enfant qui occupent le segment postérieur de la matrice peuvent passer dans le segment antérieur aussi bien que si l'on avait couché la femme sur le ventre. Quand on place la femme dans le décubitus dorsal pour modifier la présentation, il est nécessaire de mettre sous la région sacrée et les lombes un coussin épais, afin que le bassin soit plus élevé que le dos.

Mais si, après une exploration attentive, on n'est pas entièrement sûr de la position du fœtus, on fera bien, au moins seize fois sur vingt, de faire coucher la femme sur le côté *gauche*.

Au moment où la femme se couche sur le côté, il faut surtout faire attention à deux choses : d'abord, *que ce mouvement ne se fasse pas pendant une contraction*, car le déplacement de l'enfant, joint à la contraction de la matrice, pourrait alors déterminer une rupture prématurée de la poche. Puis, il faut exercer une légère pression avec la main sur la partie inférieure du côté du ventre sur lequel la femme va se coucher, afin d'éviter par là un déplacement de l'enfant. Enfin, la femme doit rester couchée sur le côté qu'on lui a assigné, ou sur le dos, *aussi longtemps* que les eaux ne sont pas écoulées, que la partie qui doit se présenter (tête, siége ou pieds) ne s'est pas fortement engagée dans le détroit supérieur et l'excavation, et que l'accouchement ne paraît pas sérieusement commencé.

3° *Quand on se sera rendu bien exactement compte de la position anormale du fœtus, on devra faire descendre dans le détroit supérieur la partie fœtale qui est la plus rapprochée de l'orifice.*

L'importance de cette règle est facile à saisir. Si, au lieu de la

partie la plus rapprochée, on voulait faire descendre la partie la plus éloignée, non-seulement il faudrait faire décrire à l'enfant une courbe plus longue et rendue difficile à cause des frottements, mais encore lui faire abandonner d'abord sa direction oblique pour le placer en position transversale, et lui faire reprendre ensuite une nouvelle direction oblique, ce qui bien certainement ne pourrait se faire sans une grande fatigue de la matrice et des pressions violentes sur le fœtus.

Au reste, dans *la majorité* des présentations vicieuses (que ce soient les épaules, les pieds ou les bras qui se présentent), c'est la tête qui est la partie *la plus rapprochée du détroit supérieur ou de l'orifice de la matrice*, de sorte que la plupart de ces présentations peuvent être réduites en une présentation céphalique normale. Il arrive plus rarement que la tête soit la partie *la plus éloignée*, comme par exemple dans les présentations du tronc, et alors il est nécessaire que *le siége*, qui est la partie la plus rapprochée, soit ramené sur l'orifice par les manœuvres externes.

Il est très-facile de ramener en bas l'une ou l'autre extrémité du fœtus, quand elle repose *sur le rebord* du détroit supérieur ou tout près de lui, car alors l'axe longitudinal de l'enfant ne fait avec celui de la matrice qu'un angle très-aigu, de sorte qu'il suffit de le déplacer un peu pour le mettre en parallélisme avec le premier. De là ce principe : *plus l'angle que forme le corps fœtal avec l'axe du bassin ou de la matrice est aigu, plus le changement de présentation est facile.* Mais il devient plus difficile quand le grand axe du fœtus s'éloigne notablement de l'axe du détroit supérieur, et forme avec lui un angle de 50, 60 et même 90 degrés, comme cela a lieu, par exemple, dans toutes les présentations du ventre, du dos ou du côté.

Il y a une exception importante à la règle précédente. De prime abord on devrait croire que cette règle est générale, et que la partie de l'extrémité fœtale qui est la plus rapprochée de l'entrée du petit bassin puisse toujours être amenée le plus facilement sur le détroit supérieur, puisque pour y arriver elle a le plus petit chemin à parcourir, et que par ce motif la manœuvre serait plus facile : qu'ainsi, par exemple, dans la présen-

tation du dos, ce serait la *tête*, plus rapprochée de l'orifice que les fesses, qui avancerait le mieux. Mais, d'après les essais et les observations que j'ai faits, les choses se passent différemment.

J'ai remarqué que, dans chaque présentation *franchement oblique ou transversale* du fœtus, on amenait *le siége ou les pieds bien plus facilement en bas que la tête*, quand bien même celle-ci était plus rapprochée de l'entrée du bassin. Cela tient probablement à ce que, vu la grande mobilité de la tête, on ne peut point par son moyen agir d'une manière efficace sur le tronc, et que, pendant le mouvement qu'on imprime au fœtus, l'occiput ou le menton arc-boutent facilement contre le bord interne du bassin, ce qui rend la manœuvre plus difficile. Quoi qu'il en soit, je dois mentionner cette importante exception, et poser comme règle que, dans aucun cas de *présentation franchement oblique ou transversale*, on ne doit chercher à faire descendre la tête la première, à l'aide des manœuvres externes, lors même qu'elle serait l'extrémité fœtale la plus rapprochée du détroit supérieur; qu'on doit au contraire faire la version *sur le siége*, ou *sur les pieds*.

Quant à la version sur la tête, je vais de suite répondre à l'objection suivante qu'on pourrait me faire: supposons que la tête descende après les manœuvres externes, mais que sa position par rapport au bassin ne soit ni bonne ni normale, qu'elle soit au contraire mauvaise et anormale, l'accouchement sera-t-il aussi facile et aussi heureux pour la mère que si l'on avait fait la version sur les pieds? A cela je réponds :

1° Que, parmi les cas nombreux où j'ai fait descendre la tête par les manœuvres externes, il n'en est pas un seul où elle ne se soit pas présentée par l'occiput ou le sommet, la face dirigée en arrière. En voici probablement la raison : Lorsque la tête doit descendre dans le détroit supérieur, la face tournée en avant, il faut nécessairement que l'enfant ait le siége et les jambes fortement inclinés en avant, à cause de sa position recourbée, qu'il y ait en même temps une obliquité antérieure très-prononcée de l'utérus. Or, dans ces cas, la tête, pour s'écarter de l'axe de l'utérus, doit nécessairement s'éloigner du bord postérieur du bassin, et cela dans la direction de la

colonne vertébrale ou de l'une des symphyses sacro-iliaques. Mais le changement est probablement impossible dans ces deux directions, parce que la tête en est empêchée par la colonne vertébrale et les intestins placés derrière et à côté de la matrice. Quand la face est dirigée en avant, la tête ne s'appuiera donc pas au début de l'accouchement sur le bord antérieur, ni sur le bord postérieur du détroit supérieur; mais elle descendra directement dans l'ouverture supérieure du pelvis.

2° Que je préférerais toujours dans ces cas laisser avancer le travail, la face dirigée en avant, plutôt que de faire une version, à moins que la tête ne se présentât dans une des positions les plus mauvaises, par exemple, par la face ou les oreilles. Chez des multipares qui ont le bassin bien conformé, l'accouchement, dans la présentation de la tête avec la face en avant, n'est pas très-pénible; chez les primipares, il l'est à la vérité davantage; mais de combien de difficultés une version n'est-elle pas accompagnée à son tour.

D'ailleurs, s'il y avait du retard, si, par exemple, l'occiput glissait difficilement sur le périnée, l'application du forceps faite avec soin remédierait à tout[1].

4° On devra chercher par les manœuvres externes à diriger vers l'orifice utérin la partie de l'enfant qui doit s'y présenter.

Toute cette manœuvre repose sur l'emploi judicieux du plan incliné. Les forces appliquées sur l'extérieur de l'abdomen (les mains) doivent agir sur les deux extrémités du fœtus, tête et fesses, dans des directions opposées, obliquement et presque parallèlement, de façon à ce que le fœtus, mis en mouvement dans l'utérus, tourne sur lui-même comme une sphère autour de son axe.

Sans entrer dans plus de détails sur les principes de mécanique applicables dans cette circonstance, il suffira, je crois, pour atteindre mon but, d'indiquer les manœuvres principales

[1] Les positions occipito-postérieures sont presque toujours réduites spontanément en positions occipito-antérieures dans le cours du travail.

(*Note du traducteur.*)

qui sont nécessaires, et de choisir comme exemple un des cas qui se présente le plus souvent.

Supposons l'enfant couché comme dans la figure ci-jointe, le dos sur l'orifice et la tête à gauche; les fesses étant l'extrémité qui doit être amenée sur le détroit supérieur, l'accoucheur devra :

1° Appliquer l'une de ses deux mains sur l'utérus au point *A* où se trouve la tête, et presser dans la direction du plan incliné *b A a*, de bas en haut, afin que intérieurement la tête soit obligée de remonter de *A* en *C*.

2° Presser en même temps de l'autre main, placée en *D*, de haut en bas, dans la direction de *d D c*, de façon que le siége soit attiré de *D* en *E*. Une fois que l'accoucheur a commencé à déplacer les deux extrémités de l'enfant, il n'a qu'à continuer les mêmes manœuvres, sauf à changer le sens de ses pressions, afin de passer successivement de *A* en *C* et de *D* en *E*, etc., jusqu'à ce qu'il ait contourné toute la périphérie de l'utérus par des pressions toujours tangentes, et qu'il ait enfin amené sur l'orifice utérin une extrémité fœtale.

On emploiera les mêmes manœuvres dans toutes les autres positions anormales de l'enfant, avec des modifications faciles à saisir, suivant la situation du fœtus et le côté qu'occupe l'extrémité qu'il s'agit de faire descendre. C'est ainsi que, par exemple, on ferait tout l'opposé, si les fesses étaient situées dans le flanc gauche de la mère, au lieu d'être dans le flanc droit, etc.

Dans cette opération on observera en outre les préceptes suivants :

1° On peut et l'on doit faire toutes ces manœuvres avec la plus grande décence et les plus grands égards pour la pudeur féminine, il n'est point nécessaire de mettre le ventre de la femme à nu, ni d'enlever les vêtements qu'elle porte.

2° On peut placer la femme dans différentes positions, pour pratiquer les manœuvres abdominales, afin de les rendre plus commodes pour la patiente et pour l'accoucheur.

On peut la mettre sur une chaise d'accouchement ou sur le bord d'un fauteuil; ou la coucher sur un lit, un canapé ou sur tout autre meuble de ce genre.

Si la femme est assise sur une chaise d'accouchement ou sur le bord d'un fauteuil, l'accoucheur s'assied devant elle et applique ses deux mains sur le ventre. Dans le cas supposé plus haut (voy. la fig. p. 22), l'accoucheur appliquerait sa main droite au point *A* et la gauche en *D*.

Si l'opérateur préfère agir debout, il n'a qu'à se placer au côté de la femme et faire toutes ses manœuvres en sens opposé. Alors il appliquera sa main gauche en *A* et sa droite en *D*, de façon à ce que la gauche agisse de *A* vers *C* et la droite de *D* vers *E*. Il change par conséquent de mains.

Si la femme est couchée sur un lit, un canapé, etc., les manœuvres se feront le plus facilement en lui donnant une position oblique, la partie supérieure du corps sera la plus rapprochée de l'accoucheur, afin que ses deux mains arrivent au ventre en les glissant le long du thorax, et qu'elles puissent exécuter avec facilité les manœuvres nécessaires.

3° Il faut que les pressions exercées par les deux mains sur les extrémités opposées du fœtus, se fassent *dans un seul et même moment*; sans quoi, si une seule main agissait, celle par exemple appliquée sur la tête, l'enfant serait simplement comprimé et non tourné. Cependant, dans le cas où la tête se trouve dans le voisinage de l'orifice utérin, il suffit de presser avec une seule main contre la région abdominale où sont les fesses ; les doigts de l'autre main, introduits dans le vagin, peuvent faire glisser la tête du rebord du détroit supérieur sur l'orifice, et rompre la poche en temps opportun.

4° Aussi longtemps que la position de l'enfant sur l'orifice utérin n'est pas normale, et que la poche des eaux n'est pas rompue, il est nécessaire d'exercer des pressions continues sur l'extrémité fœtale, mais il faut *agir plus fortement un instant avant et pendant* les douleurs, car c'est là le principal moment où la matrice peut venir en aide à l'accoucheur dans son opération. Dans l'intervalle des contractions, je fais soutenir les côtés du ventre avec deux mains, soit par la femme elle-même, soit par une des assistantes. Mais aussitôt qu'une contraction se manifeste, ce qui est annoncé par la femme, ou ce qui est senti par la tension de l'utérus, je soutiens moi-même le ventre, et j'exerce les manipulations d'après les règles ci-dessus indiquées.

5° Si l'on remarque, en touchant de temps à autre, que la présentation du fœtus ne s'est pas changée d'une manière notable par ces manœuvres (ce qui tient ordinairement à des contractions irrégulières et spasmodiques de la matrice), on ne doit pas continuer, mais modifier sa manière d'agir. On place alors la femme sur le côté, le côté gauche par exemple, puis contre ou sous le point où se trouve l'extrémité fœtale qui doit être relevée (le point *A* de la fig.), on place un petit coussin dur ou un drap roulé, et l'on ordonne à la femme d'appuyer fortement contre elle cet objet pendant les douleurs, dans une direction oblique de bas en haut. L'accoucheur peut alors profiter de ce temps pour examiner soigneusement par l'exploration interne ce qui se passe au-dessus de l'orifice; il peut en tout cas, *par des pressions légères*, faire descendre l'autre extrémité. A la vérité, il atteint ainsi plus lentement son but, mais il ne risque pas de léser la matrice par des pressions trop fortes, ni de trop se fatiguer.

5° *Aussitôt que, par le toucher, on s'aperçoit que les manœuvres ont déjà fait descendre la tête ou le siége sur l'orifice utérin, il faut rompre la poche, afin de fixer l'enfant dans cette meilleure position, par la compression que les parois utérines exercent sur lui.*

Pour cela, il faudra observer les règles suivantes :

a) On ne doit pas rompre la poche avant d'avoir acquis la

certitude qu'après trois ou quatre douleurs au moins, la partie fœtale descendue n'a pas quitté sa nouvelle position et ne tend pas à remonter. Si l'on opérait avant ce moment, il pourrait très-bien se faire que la tête, ou l'autre extrémité encore très-mobile du fœtus, quittât l'orifice utérin immédiatement après la rupture de la poche, que les eaux s'écoulassent, et qu'il devînt plus difficile de faire descendre la tête, les fesses ou les pieds.

b) Il est aussi nécessaire que l'on exerce, au moment de la rupture de la poche, une pression sur le fœtus, et que le ventre soit fortement comprimé des deux côtés par la femme elle-même ou par un aide. Alors, non-seulement l'axe de la matrice et celui du fœtus prennent une meilleure direction par rapport au détroit pelvien, mais la matrice prend aussi une forme plus allongée, qui s'oppose au retour du fœtus dans sa position primitive, transversale ou oblique.

c) Il n'est pas indifférent non plus de rompre la poche à telle place ou à telle autre. Si la tête est à gauche, il faut rompre la poche du côté droit et *vice versa*. Dans le cas que nous avons figuré, il serait bon de faire la rupture dans le côté gauche de l'orifice. Les raisons de ce procédé se déduisent de cette circonstance, que la partie fœtale qui se présente est obligée de suivre le flot du liquide d'après les lois de la physique, doit, par conséquent, se porter vers *le côté* où l'écoulement se fait et où il s'opère un vide.

d) Quand la partie qui se présente se place convenablement et solidement sur le détroit supérieur, et descend de plus en plus à chaque contraction, l'accoucheur *ne doit point rompre la poche*, mais doit abandonner le tout à la nature. Quand la tête ou le siége n'avancent pas d'une manière notable, mais restent mobiles dans leur première position, quand les douleurs sont faibles et pourraient certainement être augmentées par la rupture de la poche et l'écoulement des eaux, alors il ne faut pas hésiter, et si les procédés ordinaires ne suffisent pas, avoir recours à celui d'Osiander ou à tout autre.

6° *Du moment où les eaux sont écoulées, non-seulement la femme doit demeurer tout à fait tranquille, immobile, et rester couchée dans la même position pendant un bon moment; mais il faut aussi que le ventre soit comprimé des deux côtés assez fortement et assez longtemps, jusqu'à ce que la partie qui se présente soit chassée assez bas dans l'excavation pour qu'il devienne dorénavant impossible que le fœtus reprenne sa position primitive.*

La *durée* de cette immobilité, etc., est très-variable, et dépend aussi bien de la nature des contractions qui doivent faire descendre l'enfant, que des rapports de la partie qui se présente, avec le bassin. Les enfants peu développés se déplacent au moindre mouvement de la mère, ce qui exige par conséquent, de la part de celle-ci, une immobilité complète et de longue durée. D'autres se placent de suite dans leur nouvelle position avec tant de fixité, que les mouvements les plus étendus de la mère ne peuvent plus les faire changer de place.

Telles sont les manœuvres à exécuter et les principes *généraux* qui doivent être observés et mis en usage pour la version par moyens externes. Je passe maintenant à la deuxième partie.

B. *Règles et manœuvres particulières.*

J'espère être à la fois clair et utile en exposant ici méthodiquement les règles spéciales applicables aux cas particuliers. J'adopterai la forme aphoristique, qui, après ce qui a été dit plus haut, sera parfaitement intelligible.

1er Cas. *La tête de l'enfant repose près de l'orifice utérin sur le bord gauche du détroit supérieur.*

De toutes les positions anormales du fœtus, celle-ci se présente incontestablement le plus souvent dans la pratique. La nouvelle méthode y trouvera donc l'application la plus fréquente. Cette position est heureusement accompagnée d'une telle mobilité du fœtus, que même le novice pourra la pratiquer sans difficultés.

En général, on réussit de la manière suivante : La femme doit être couchée *sur le côté gauche.* Un coussin dur sera placé sous ce côté, contre la tête de l'enfant. Pendant les douleurs,

la femme doit presser fortement sur ce coussin, de bas en haut et de dehors en dedans. L'accoucheur, de sa main gauche, comprimera en même temps extérieurement la partie supérieure et droite du ventre, où se trouve le pelvis, afin de le porter de plus en plus dans la moitié gauche de la matrice. De sa main droite, introduite dans le vagin, il cherchera à soulever la tête de l'enfant et à la déplacer autant que possible sans douleurs pour la femme, pour l'éloigner du rebord du bassin et la porter vers le côté droit. Aussitôt que la tête sera arrivée sur l'ouverture du bassin et y sera fixée d'une manière immobile, il devra rompre la poche.

Dans ce cas particulier, l'accoucheur doit agir avec sa main droite plus à l'intérieur qu'à l'extérieur, et chercher à appliquer la tête directement sur l'orifice pelvien.

2e Cas. *Le cou ou l'épaule se présente.*

Dans ce cas, la tête du fœtus a tellement glissé en avant ou de côté sur le rebord du bassin, qu'il y a plus de peine à la replacer sur l'orifice utérin que dans le cas précédent. Ici se présente la première exception à l'une des règles générales posées plus haut. Si la tête, comme c'est le cas le plus fréquent, se trouve dans le côté gauche de l'utérus, on ne placera pas la femme sur le côté gauche, ainsi que la règle ci-dessus l'indique; mais sur le côté *droit*, et on élèvera le bassin plus que le thorax, afin que le corps du fœtus tombe de gauche à droite et un peu en arrière, et entraîne la tête dans ce mouvement. Cela fait, il faudra que l'accoucheur exerce avec la main droite *une pression assez forte* de bas en haut et de dehors en dedans sur la partie gauche et inférieure de l'abdomen, à l'endroit où se trouve la tête du fœtus, pour que celle-ci soit poussée en haut et au delà du rebord du détroit supérieur. Pendant cette manœuvre, il faut que la main gauche soutienne légèrement le côté droit de l'abdomen, pour repousser le pelvis de droite à gauche. Lorsque l'on a ainsi déplacé la tête du fœtus, il faut tourner la femme avec précaution et la mettre sur le côté gauche, mais il ne faut pas quitter de la main droite l'endroit où elle a agi sur la tête du fœtus, avant que cette main ait été remplacée par un coussin résistant. Comme, dans ce cas, la

tête quitte très-facilement sa nouvelle position, il est très-urgent de rompre la poche, pour peu que la tête soit fixée. Si, dans une présentation de l'épaule, la tête se trouve à droite, il faut coucher la femme sur le côté gauche, et tout le manuel opératoire se trouve renversé. La tête se trouve-t-elle placée plus en avant au-dessus du pubis, il faut coucher la femme sur le dos, le bassin fortement élevé, et exercer de la main droite, ce qui est facile à comprendre, une compression au-dessus du pubis, en agissant de bas en haut et de dehors en dedans. Aussitôt que la tête sera convenablement engagée, on fera bien de coucher la femme sur le côté.

3e Cas. *Présentation du dos.*

Dans les présentations du dos, il est souvent très-difficile de déterminer exactement la position du fœtus et de dire dans quel côté de la matrice se trouve la tête ou le siége. Le guide le plus sûr est encore l'exploration externe et l'observation des préceptes suivants :

Ordinairement le côté du ventre où se trouve le siége est plus large, plus élevé et plus mou ; c'est aussi de ce côté que la femme a senti les mouvements de l'enfant les plus fréquents et les plus forts. Du côté de la tête, le ventre est au contraire moins saillant, plus dur et ordinairement plus douloureux à la pression. On sent le plus facilement la tête, lorsqu'on fait coucher la femme sur le côté où l'on suppose que se trouve cette partie fœtale, de manière à obliger celle-ci à s'appliquer immédiatement contre les parois abdominales. Il faut profiter de toutes les circonstances dans une exploration aussi difficile et la faire par-dessous les vêtements, c'est-à-dire sur le ventre à nu.

Le manuel opératoire et les principes à suivre dans cette version sont les suivants : Dans toute présentation du dos, on ne doit jamais faire la version autrement que *sur le siége*, comme nous l'avons déjà dit plus haut. Lorsque le milieu du dos se présente de telle façon, que chaque extrémité du fœtus est également éloignée de l'orifice utérin, et que dans chaque moitié de la matrice il se trouve à peu près une masse égale de l'enfant, il faut placer la mère dans le décubitus dorsal, l'incliner légèrement en arrière, et pratiquer la version dans

cette position. Ce cas ne se présente, du reste, que rarement. Il est plus fréquent de voir le siége plus rapproché de l'orifice que la tête. Il faut alors que la femme *soit couchée sur le côté* dans lequel se trouve le siége, comme, par exemple, en *D* (voir la fig., p. 22). Il faut aussi que l'accoucheur agisse à l'extérieur, non point avec une seule main, mais avec les deux, jusqu'à ce que les fesses se trouvent placées sur l'orifice. Comme avec la position transversale du fœtus coïncide ordinairement une assez grande obliquité antérieure de la matrice, qui peut empêcher le siége, même quand il est descendu, de se placer convenablement au milieu de l'orifice utérin, il est urgent, avant de commencer la manœuvre, d'appliquer sur le ventre une large bande ou une serviette pliée en cravate, et de le faire relever ensuite pendant les contractions, soit par la femme elle-même, soit par des aides. Cette bande devra être assez mince et assez exactement appliquée, pour qu'elle ne gêne en rien l'accoucheur dans les manipulations qu'il aura à exercer, soit au-dessus d'elle, soit même par-dessous.

4e Cas. *Le siége se présente en même temps qu'un ou deux pieds.*

Dans ce cas, l'ancienne méthode exigeait pour la version que le siége fût repoussé avec la main un peu en haut et sur le côté, et que l'enfant fût attiré par les pieds. Pour éviter cette manœuvre violente et toujours douloureuse pour la femme, il suffit d'observer la simple précaution suivante : Avant tout, il faut déterminer exactement par l'exploration interne dans quel côté du bassin, dans quelle direction se trouve situé le siége, et dans quelle position se trouvent les pieds, appliqués ordinairement contre lui ou placés à côté de lui. Si la position totale du fœtus est telle, que son axe transversal se trouve dans la diagonale ou le diamètre oblique du détroit supérieur ; si le siége, par exemple, est un peu plus à gauche et en avant, et les pieds dirigés plus à droite et en arrière (position la plus fréquente), il faut coucher la femme sur le côté gauche et presser extérieurement contre le ventre, immédiatement au-dessus du pubis, de dehors en dedans. Par cette position, aussi bien que par la pression extérieure, le corps du fœtus est forcé à se porter plus à droite et en avant; et, au lieu de la partie

antérieure du pelvis, c'est maintenant sa partie postérieure qui vient se placer sur l'orifice utérin ; les pieds sont forcément élevés et éloignés de cet orifice. Si la position du pelvis par rapport au bassin et à l'orifice est différente, il faut que la position de la femme soit modifiée en conséquence. Du reste, la manœuvre externe, si peu énergique en apparence, est dans ce cas d'un effet tellement puissant et prompt, qu'elle ne m'a jamais fait défaut, et que je ne me souviens pas d'avoir été obligé, depuis plusieurs années, de repousser violemment les fesses par manœuvre interne, et d'attirer les pieds.

5e Cas. *La tête, les mains et les pieds se présentent en même temps sur l'orifice.*

On fera bien, au début de toute présentation de ce genre, de coucher la femme sur le dos, et d'attendre patiemment, pour observer quelle est l'extrémité fœtale qui a le plus de tendance à descendre la première. Si l'on remarque que la tête descend un peu à chaque douleur, et que les pieds remontent, ce sera un indice que l'accouchement a de la tendance à se terminer par la tête ; l'art doit alors seconder les efforts de la nature en faisant avancer cette extrémité de plus en plus. Ce résultat sera obtenu par l'emploi méthodique des préceptes énoncés plus haut, après qu'on aura fait un examen attentif de la position de la tête et des pieds par rapport au bassin. La tête est-elle *à gauche* et les pieds à droite, on couchera la femme sur le côté *gauche* et *vice versa*. Alors il arrivera à la tête ce qui est arrivé aux pieds dans le 4e cas cité plus haut. Au lieu de sa moitié antérieure (le front ou le pariétal), sa moitié postérieure se présentera à l'orifice utérin, tandis que les pieds, obéissant au mouvement circulaire du tronc, s'élèveront de plus en plus vers le fond de la matrice.

Si l'on remarque, au contraire, que sous l'influence des contractions, les pieds se rapprochent de plus en plus de l'orifice, tandis que la tête s'en éloigne, on verra que la tendance de la nature est vers une présentation podalique, et l'art doit modifier son intervention dans ce sens. On placera alors la femme en travail sur le côté où se trouvent les pieds : de cette façon, on les fera descendre davantage, et l'on éloignera la tête de l'aire du

détroit supérieur. Aussitôt que l'un ou l'autre pied se sera *présenté*, ou plutôt engagé *dans* l'orifice utérin, l'accoucheur cherchera à l'y fixer en le saisissant avec quelques doigts pour l'y maintenir et l'attirer doucement pendant chaque contraction. C'est du reste un des cas où l'on peut faire exception à l'une des règles citées plus haut, et où l'accoucheur *devra se hâter de rompre la poche.* On ne doit point conseiller d'attendre que des douleurs plus fortes aient fixé le pied. Le moindre mouvement de la part de la mère, un petit effort de toux, etc., peuvent, quand l'enfant est très-mobile, amener très-facilement une autre partie fœtale sur l'orifice. Qu'on ne perde donc pas de temps, et qu'on profite du moment opportun, quelquefois si fugace, pour agir aussi promptement et aussi bien que possible. Quand on aura rompu la poche et saisi un pied avec une main, on attirera légèrement celui-ci, pendant que de l'autre main on pressera sur la matrice à la place où se trouve la tête, afin de tourner sur son axe le fœtus pelotonné en forme de boule, et faire remonter la tête vers le fond de l'utérus.

6e Cas. *Grossesse gémellaire.*

Dans la grossesse gémellaire, il est à désirer qu'après la naissance du premier enfant, le deuxième ait une position assez normale pour que l'accoucheur ne soit point obligé de porter la main dans la profondeur des parties génitales de la mère, dans le but de modifier sa situation. Dans le cas contraire, l'art peut encore par des manœuvres externes rendre au deuxième enfant une position normale. Voici comment l'accoucheur devra se conduire : Du moment où la tête du premier enfant sera arrivée au détroit inférieur, il devra palper soigneusement le ventre ; si celui-ci s'est affaissé, est plus long que large, également élevé et souple des deux côtés, il y a des raisons de croire que le deuxième enfant est déjà dans une position normale. Il n'y aura donc pas à intervenir. Mais si le ventre s'est seulement affaissé un peu, et est en même temps resté très-large, plus dur et plus élevé d'un côté que de l'autre, il est certain que la position du second enfant est anormale, et il est nécessaire de la corriger suivant les préceptes énoncés plus haut. Mais si le temps ne permet pas à l'accoucheur de reconnaître exactement la position du

deuxième enfant, il suffira d'appliquer une serviette autour du ventre et de la faire tenir soit par la femme elle-même, soit par un aide, afin de le soulever et surtout de le comprimer des deux côtés. Par cette manœuvre seule, la position anormale d'un second enfant peut être rectifiée dans bien des cas.

7e ET DERNIER CAS. *Quand on ne peut pas bien reconnaître la partie fœtale qui se présente.*

Il est des cas, comme, par exemple, chez les femmes qui ont le ventre gras, où au début du travail on ne peut d'aucune manière reconnaître la présentation du fœtus. Les parois abdominales et même celles de la matrice sont tellement épaisses, qu'il est impossible de diagnostiquer avec certitude dans quelle position se trouve l'enfant[1]. En outre, il peut se faire que le col (surtout chez des femmes qui ont déjà accouché plusieurs fois) soit largement ouvert et la poche si saillante et si tendue qu'elle paraisse à chaque instant vouloir se rompre; que l'enfant soit encore si éloigné de l'orifice utérin, que l'accoucheur, même en touchant profondément avec plusieurs doigts, ne trouve aucune partie fœtale; que le segment inférieur de la matrice semble vide ou seulement distendu par les eaux de l'amnios. Que faire dans ces occurrences? Doit-on, par des manœuvres externes, chercher à tout hasard à faire descendre l'une ou l'autre extrémité de l'enfant? Doit-on attendre que la poche se rompe spontanément et qu'une partie du fœtus se présente et indique par là quelle est la voie que la nature veut suivre? Je me suis trouvé déjà souvent en présence de *cas pareils* et voici quelle a été ma conduite: Presque chaque fois un des côtés du ventre étant plus gros que l'autre, ce qui donne toujours un certain indice sur la présentation probable de l'enfant, je fais coucher la femme sur le côté le moins saillant; pendant les contractions, je fais presser doucement contre le côté opposé qui est plus élevé, et en même temps je me dispose à être prêt à plonger la main dans la matrice et à attirer l'extrémité fœtale la plus rapprochée. D'une main, je romps la poche, et de l'autre, j'exerce des pres-

[1] L'application de l'auscultation au diagnostic de l'attitude du fœtus dans la matrice a beaucoup éclairci ces cas et les a rendus de moins en moins nombreux. (*Note du traducteur.*)

sions sur la partie inférieure de l'abdomen, au-dessus du pubis, tandis que la femme presse avec ses mains sur la partie supérieure. Si, après la rupture de la poche, je trouve que la tête est la partie la plus rapprochée, je la saisis à pleine main et je l'attire. Si les pieds sont plus bas, je prends l'un des deux et je l'attire dans l'orifice utérin jusqu'au-dessus des malléoles. Si le cordon descend en même temps, que ce soit la tête ou les pieds qui se présentent, je fais immédiatement la version par un pied, afin de terminer l'accouchement le plus vite possible.

C. *Avantages de la nouvelle méthode sur l'ancienne, et moyens de* prévenir *pendant la grossesse les positions anormales.*

Si nous établissons maintenant un parallèle impartial entre les deux méthodes de version, nous verrons que la nouvelle diffère essentiellement de l'ancienne par les avantages suivants :

1° *D'abord, la méthode nouvelle est moins violente et moins embarrassante* que l'ancienne. Dans celle-ci, l'accoucheur est obligé de mettre ses bras à nu, de coucher la femme sur un autre lit, d'avoir avec lui plusieurs aides pour soutenir les jambes, etc., de faire enfin divers préparatifs qui tous peuvent inspirer de la terreur à une femme sensible et alarmer sa pudeur. Dans la nouvelle méthode, on peut, dans la majeure partie des cas, tout exécuter dans le silence, avec décence et sans embarras. Même quand l'enfant se présente par les pieds ou le siége, la femme n'a pas besoin d'être arrachée de son lit et portée sur une chaise, etc. Il suffit de la coucher sur un côté, d'approcher son bassin le plus près possible du bord du lit, de la couvrir d'un drap ou de ses jupons, et de l'accoucher par derrière à la manière des Anglais. L'application du forceps dans cette position offre aussi moins de difficultés que ne le croient beaucoup d'accoucheurs allemands, même quand elle doit être faite sur la tête de l'enfant, quand celle-ci ne sort pas assez facilement après l'expulsion de la poitrine. Du reste, je dois rappeler ici que l'extraction de l'enfant, d'après nos nouveaux préceptes, ne doit se faire que pendant les contractions de la matrice, que l'art a

par conséquent moins de force à déployer, et que tout peut se terminer plus tranquillement et plus facilement.

2° *On ramène* par cette nouvelle méthode *beaucoup plus souvent la tête et le siége sur l'orifice utérin que les pieds*, ce qui est avantageux pour la conservation de l'enfant, car on sait que les présentations de la tête ou du siége sont beaucoup moins dangereuses pour lui que les présentations des pieds.

3° *Le danger pour l'enfant de la respiration intra-utérine* n'existe pas ou fort rarement, parce qu'on n'est pas souvent forcé de porter profondément la main dans la matrice, et de donner ainsi accès à l'air extérieur dans l'intérieur de l'œuf et jusqu'à l'enfant. Cet accident est sûrement bien plus fréquent qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent, et il peut contribuer à la mort de l'enfant pendant l'extraction à la suite de la version.

4° On n'a pas besoin, dans cette nouvelle méthode, de rompre *chaque fois la poche des eaux;* dans la plupart des cas on peut la conserver longtemps et l'utiliser pour la dilatation des parties molles. Dans la méthode ancienne, il faut toujours rompre les membranes, et renoncer ainsi aux avantages qu'on en pourrait tirer pour l'accouchement.

5° Enfin, la nouvelle méthode a encore l'avantage de permettre à l'accoucheur, aussitôt qu'il a modifié la présentation anormale de l'enfant, de quitter la patiente et *d'abandonner avec sécurité la surveillance du travail à la sage-femme* qui l'avait appelé à son secours. Les sages-femmes ont le grand défaut de ne faire appeler l'accoucheur qu'après avoir essayé tout ce que leur savoir leur a suggéré, tentatives qui ont souvent tout gâté. Cette antipathie pour l'accoucheur n'a chez certaines matrones d'autre cause que la jalousie ou la cupidité, ou un certain amour-propre, qui leur fait souhaiter que le médecin n'ait pas la chance de terminer heureusement l'accouchement pour lequel il a été appelé. Dans la nouvelle méthode tous ces inconvénients disparaissent; car, si l'accoucheur n'est pas un charlatan vaniteux ou un homme perdu par la soif de l'or, après avoir opéré la version, il abandonnera volontiers le soin facile de la délivrance à la sage-femme, et la fera participer ainsi à sa renommée et à son profit. Ce procédé devrait au reste être inspiré à tout ac-

coucheur par l'équité et l'honneur; s'il était généralement suivi, la scission entre les sages-femmes et les médecins aurait bientôt disparu.

En voilà assez sur les avantages que présente la nouvelle méthode sur l'ancienne. J'arrive maintenant *aux moyens par lesquels on peut prévenir une présentation anormale déjà pendant la grossesse.*

L'idéal de toute science et de tout art, le but suprême de leurs efforts doit être de rendre leur intervention inutile. La vraie obstétricie ne doit pas seulement s'occuper des moyens et des méthodes propres à corriger une situation anormale, elle doit faire un pas de plus, et s'efforcer de rendre impossible cette situation anormale, et par là rendre inutile l'intervention de l'art. Quoique ce but louable ne puisse jamais être entièrement atteint, il ne faut pas moins y tendre, et accepter avec empressement les moindres efforts qui pourraient nous en rapprocher. Je me conformerai à cette pensée en exposant quelques règles dont l'expérience m'a démontré l'utilité.

1° Une femme enceinte doit *éviter* autant que possible *de se coucher* toujours *sur le même côté*. La matrice inclinera sans cela trop fortement de ce côté, surtout si elle contient beaucoup d'eau; l'enfant déviera de l'axe du bassin, et il en résultera ainsi une position oblique ou transversale. L'influence que la position de la mère peut avoir sur celle de l'enfant a déjà été démontrée plus haut.

2° Les femmes enceintes doivent tenir *leur ventre* et *leurs seins bien chauds*. On connaît la sympathie qui relie ces organes à la matrice et à son contenu. L'enfant s'agite aussitôt qu'on touche le ventre avec des mains froides, ou qu'on place des linges froids sur les mamelles. Quand le ventre et la poitrine ne sont pas assez couverts et souvent exposés au froid, l'enfant se remue constamment avec beaucoup de force, et peut ainsi très-facilement prendre une position vicieuse.

3° Les femmes enceintes qui ont une *obliquité antérieure de la matrice* doivent de bonne heure *porter une ceinture*, à l'aide de laquelle elles soutiendront leur ventre. L'inclinaison antérieure de la matrice est aussi dangereuse pour la position du

fœtus que les obliquités latérales; des présentations des épaules et du tronc en sont les conséquences ordinaires.

4° Dans les derniers temps de la grossesse, les femmes *ne doivent pas retenir trop longtemps les urines ni les selles.* Je me figure très-bien comment cette rétention peut contribuer au développement d'une position oblique, quand le fœtus est petit et que les eaux de l'amnios sont abondantes. Le violent ténesme anal, qui à la fin de la grossesse devient nécessaire pour l'expulsion des matières qui ont séjourné trop longtemps dans le rectum, peut aussi faire dévier l'enfant de sa situation.

5° Une femme enceinte *ne doit pas danser, ni faire aucun mouvement violent*, surtout à partir du sixième mois, car alors le poids des extrémités inférieures et du siége du fœtus a tellement augmenté, comparativement à celui des extrémités supérieures et de la tête, que, quand il y a beaucoup d'eau, l'enfant peut très-bien faire de grandes évolutions et se déplacer ainsi. Il faut aussi recommander à la femme de ne pas se laisser retomber trop brusquement sur le dos quand elle s'est levée la nuit pour uriner.

6° Enfin, le médecin doit être attentif à quelques états morbides de l'utérus et des organes voisins qui peuvent se développer dans les derniers mois de la grossesse, et chercher à les dissiper par des *remèdes internes.* Quelque paradoxale que paraisse l'idée de vouloir faire disparaître ou prévenir par des moyens internes et dynamiques les présentations anormales de l'enfant, contre lesquelles on n'a jusqu'à présent employé que des moyens externes et mécaniques, nous espérons la faire adopter en l'appuyant de plusieurs raisons importantes. Il est certain d'abord que la plupart des femmes dont l'enfant se présente dans une position vicieuse, ont éprouvé dans les six ou huit dernières semaines de la grossesse une foule de maux que ne ressentent pas les autres femmes.

Elles éprouvent une tension douloureuse dans la matrice et les lombes, un ténesme vésical continuel, des douleurs vagues dans le bas-ventre, un poids, une pression dans le petit bassin, la sensation d'un corps qui s'échappe du ventre, de la fatigue dans les jambes, des insomnies dues à une sorte d'é-

réthisme de la circulation ou à une excitation du système nerveux : symptômes dont le point de départ est la matrice ou le bas-ventre.

On peut, en effet, se demander quelle est l'origine ou le point de départ de ces incommodités. Est-ce la position anormale de l'enfant, la tension et le développement inégal de la matrice qui l'accompagnent ? Ou bien sont-elles plutôt dues à une lésion des organes génitaux, qui ne produit pas seulement tous les accidents que nous venons d'énumérer, mais qui, par sa persistance, peut aussi devenir *la cause occasionnelle* d'une position anormale? En examinant bien la chose, on voit qu'elles peuvent dépendre tantôt de l'un, tantôt de l'autre ordre de ces causes.

Pour répondre à *la première question*, nous dirons qu'il est naturel que, quand le fœtus est placé obliquement ou transversalement dans la matrice, il occasionne dans cette poche des tensions et des pressions anormales qui excitent dans les organes voisins les manifestations sympathiques que nous avons indiquées.

Quelque pénibles et incommodes que soient ces phénomènes, ils peuvent cependant être considérés comme une tendance de la nature à modifier elle-même avant le travail les positions anormales de l'enfant. Le ténesme vésical continuel, pendant lequel les muscles de l'abdomen sont contractés contre l'utérus, les frictions sur le ventre par lesquelles les femmes cherchent à soulager les douleurs abdominales, les insomnies qui entraînent des mouvements incessants, ont pour résultat de déplacer à chaque instant le centre de gravité de l'enfant ; tout cela peut certainement contribuer à le ramener à une présentation normale. L'art ne doit ici que seconder les efforts de la nature. Ordinairement il existe dans ces cas une forte inclinaison antérieure ou une obliquité latérale de la matrice. L'accoucheur emploiera alors une forte ceinture, à l'aide de laquelle il soulèvera le ventre et le soutiendra des deux côtés par une compression égale, cela suffira souvent pour ramener le fœtus à une bonne situation. Il doit faire coucher la femme sur le côté qui est le moins distendu, et faire exercer souvent et avec soin des pressions douces sur la partie la plus saillante du ventre. On

fera bien aussi de tenir le ventre de la femme libre à l'aide de légers purgatifs, pour empêcher que les intestins distendus ne compriment l'utérus.

En réponse à la *deuxième question*, nous dirons qu'il est certainement bien des cas où les phénomènes dynamiques signalés plus haut sont, dans la seconde moitié de la grossesse, plutôt *l'effet* que *la cause* d'une présentation anormale de l'enfant. Il y a, entre autres, un état pathologique de la matrice par suite duquel son développement ne se fait qu'avec beaucoup de peine et de fortes douleurs. Cette maladie organique, cette incapacité de la matrice à se distendre, peut être portée à un tel point, que l'enfant, ne pouvant plus se développer dans le sein de la mère, faute d'espace, meurt ou en est expulsé avant terme.

Comme il est probable que, dans ce dernier cas, la cause du défaut de développement de la matrice se trouve dans *tout* l'organe, il y en a aussi dans lesquels une *partie seulement* de la matrice est le siége de cette résistance et doit être regardée comme la cause de diverses manifestations morbides. A cette non-dilatabilité partielle peut se rattacher la rigidité du *col*, que l'on rencontre quelquefois dans les dernières semaines et les derniers jours de la grossesse. Les symptômes qui accompagnent cet état morbide particulier de la matrice, sont à peu près ceux d'une présentation oblique de l'enfant ou du rhumatisme utérin, c'est-à-dire pesanteur, tension dans le bassin, ténesme vésical, petits mouvements fébriles fréquents, certaines douleurs hémorrhoïdales; à l'exploration interne, sécheresse extraordinaire du vagin, froid et dureté du col de la matrice, etc. Cet état, quand il persiste, peut certainement influer sur la présentation de l'enfant. Comme le ténesme vésical, pendant lequel l'utérus est assez fortement comprimé par les muscles abdominaux contractés, peut changer en normale une position anormale du fœtus, ce que nous avons vu plus haut, il peut aussi produire l'effet inverse. La tension et la rigidité de la partie malade ne pouvant être corrigées que par une réaction et une augmentation de l'activité du reste de l'utérus, on peut penser aussi que cette réaction, manifestée par des mouvements irréguliers et

spasmodiques de la matrice, peut vicier une position primitivement bonne, en ramenant dans une direction oblique le long diamètre du fœtus.

Afin d'éviter ce dernier accident, il faut tout faire pour ramollir le col de la matrice et le rendre plus souple, et, comme dit Reil, augmenter la facilité d'expansion du segment inférieur et diminuer sa contraction. Pour cela, je ne connais pas de meilleur remède que *l'opium*, auquel on associe *les bains chauds entiers ou des demi-bains et la saignée.*

Lorsque je remarque les symptômes ci-dessus chez une femme enceinte, et que la forme du ventre ne me permet pas de soupçonner une position oblique du fœtus, je fais prendre tous les jours deux petites doses d'opium associé à l'ipéca, et je prescris des bains chauds fréquents. Quand les bains entiers ne sont pas possibles, je fais prendre des demi-bains, ou bien, trois à quatre fois par jour, des fumigations vers les parties génitales, avec des infusions de camomille, de jusquiame, de ciguë, etc. Dans bon nombre de cas, je me suis bien trouvé des fomentations ou des lavements fréquents avec des infusions de ces plantes.

Quand il y a pléthore ou seulement congestion utérine, je fais faire d'abord une saignée générale ou une application de sangsues à la région inférieure du ventre. Dans ces cas, je recommande aussi à la femme de se donner autant que possible du mouvement, afin d'appeler un afflux sanguin vers le segment inférieur de la matrice. Comme l'état morbide que j'ai décrit le premier et que j'ai appelé *rhumatisme de l'utérus*, est accompagné de symptômes et de mouvements spasmodiques qui peuvent également faire dévier l'enfant de sa position normale, il faut bien y faire attention et le combattre aussi promptement que possible. Ici encore, l'opium et les bains chauds seront d'une grande utilité. Du reste, cet état morbide de la matrice est caractérisé par un endolorissement du ventre qui augmente par la palpation, par de la chaleur et de la sensibilité du col et de tout le vagin, par un mouvement fébrile et de la transpiration, surtout le soir ou pendant la nuit; enfin, par un sédiment dans les urines.

En terminant, je dirai encore quelques mots d'un conseil

donné d'abord par le professeur FRORIEP, dans la 4me édition de son *Manuel de l'art des accouchements*, p. 360[1].

Cet accoucheur conseille de chercher à modifier déjà pendant la grossesse ou peu de temps avant l'accouchement la présentation anormale du fœtus, à l'aide de pressions externes faites avec soin sur le corps de l'enfant. Je suis heureux d'avoir eu la même pensée qu'un homme aussi distingué et de pouvoir lui donner l'assurance que déjà plusieurs fois j'ai suivi son conseil, et cela avec quelques avantages réels.

Autant de fois que j'ai le temps ou l'occasion d'observer la forme, le développement et le volume du ventre chez les femmes qui ont recours à moi, pendant les derniers mois de leur grossesse, et qu'une distension inégale de l'utérus ou d'autres signes me font soupçonner que l'enfant n'a pas une position tout à fait normale, je conseille de porter une large ceinture en tricot de laine ou de soie, et je prescris le décubitus sur le côté opposé à celui où la matrice se trouve le plus développée. Ce n'est pas sur la partie la plus saillante, mais sur la partie inférieure du ventre qui lui est opposée, que je glisse, sous la ceinture, un drap mou plié en six ou en huit, pour agir sur l'extrémité inférieure de l'enfant, et ramener son axe dans celui de l'utérus. Je crois ne pas me tromper en affirmant que dans deux cas, au moins, j'ai ainsi évité pendant l'accouchement une présentation anormale, et, pour ce motif, je pense que l'idée émise par l'honorable professeur FRORIEP mérite une sérieuse attention.

[1] *Handbuch der Geburtshülfe*, 4te Auflage, S. 360.

DEUXIÈME PARTIE.

EXTRACTION DU FOETUS.

Règles à observer et manœuvres à exécuter pour faire passer l'enfant lentement et sans violences à travers les voies génitales par les seuls efforts de la matrice.

La méthode, les règles et les manœuvres enseignées et mises en pratique jusqu'à ce jour, par les accoucheurs les plus célèbres de la France et de l'Allemagne, pour l'extraction du fœtus après la version sur les pieds, sont malheureusement trop présentes encore à notre mémoire pour qu'il me paraisse nécessaire de les rappeler encore ici. Toute cette doctrine repose sur l'idée fondamentale que l'accouchement devait être terminé aussi rapidement que possible, même par la violence. On pensait non-seulement que l'art devait agir seul, sans la coopération de la nature, mais que le succès de l'opération ne dépendait que de la rapidité avec laquelle l'accoucheur faisait passer le fœtus à travers les voies génitales. J'ai appris moi-même cette méthode dans plusieurs académies. Je m'y suis conformé pendant plusieurs années avec beaucoup d'ardeur, jusqu'à ce que l'observation et la réflexion m'eussent conduit vers une autre voie, dont l'expérience a démontré la supériorité.

Voici les faits et les circonstances qui m'éclairèrent :

1° J'observai que la plupart des accouchements par les pieds dits *naturels*, c'est-à-dire préparés par la nature elle-même, étaient beaucoup moins dangereux pour la vie de l'enfant que les accouchements par les pieds *artificiels*. Ici, où l'art déployait une activité empressée, dans le but de soustraire l'enfant à un danger imminent, il n'obtenait ordinairement qu'un enfant mort. Là où la nature, au contraire, agissait seule et lentement, l'enfant naissait ordinairement en vie; fait très-frappant, dont il valait certes la peine de rechercher la cause.

2° Je remarquai souvent avec un grand étonnement que la version, cette opération regardée comme très-difficile par tout le monde et comme le chef-d'œuvre de la chirurgie obstétricale, ne se terminait pas moins heureusement quand elle était pratiquée par des sages-femmes ignorantes que par les accoucheurs les plus habiles et les plus expérimentés.

Parmi les sages-femmes d'ici, j'en connais surtout une que je pourrais sans injustice ranger parmi celles qui sont ignorantes, et qui cependant s'est acquis une grande et lointaine renommée, et qui, chaque fois qu'elle trouve le fœtus dans une position anormale, pratique la version avec un succès qui pourrait être envié par maint accoucheur. Nouvelle et importante circonstance qui rendit bien douteuse pour moi l'opinion généralement accréditée que la version exigeait une habileté et une adresse tout exceptionnelles.

2° Les nombreuses contradictions qui se trouvent chez les accoucheurs les plus estimés entre leurs préceptes et leur pratique, ont éveillé dans mon esprit des doutes sérieux sur la solidité de leurs principes et l'excellence de leurs méthodes. Tantôt je les vis attendre tout de l'art, tantôt tout abandonner à la nature. Ici tout devait être fait avec rapidité et avec force; là on devait agir lentement, doucement. Ici c'était la nature qui était la cause de l'issue funeste, là elle avait agi presque seule et avec bonheur. Quelquefois j'entendis dire que les douleurs qui survenaient pendant la version étaient très-favorables à l'opération, d'autres fois que celles-ci avaient tout contrarié, et ainsi je vis s'accumuler contradictions sur contradictions. Les inconséquences des règles, le peu de justesse des préceptes ne sont nulle part plus évidents que dans la pratique et les écrits d'un homme qui a été pendant longtemps à la tête des accoucheurs allemands, et qui a exercé une influence malheureusement trop puissante sur la direction de l'art en Allemagne. Je veux parler de feu le professeur G. N. Stein. Ce fut lui surtout qui transplanta sur le sol allemand la doctrine française, alors en vigueur, de l'accouchement *essentiellement mécanique*, et qui déploya autant de zèle que de perspicacité pour naturaliser chez nous cette plante exotique. Les écrits publiés par

lui qui font l'apologie de cette doctrine sont connus. Les contradictions que j'ai signalées plus haut, sont plus ou moins évidentes dans chacun d'eux. Elles le sont surtout dans l'ouvrage publié après sa mort par son neveu, sous le titre de: *Observations obstétricales*[1].

Je n'examinerai donc que ce seul ouvrage de STEIN, et je bornerai mon examen à sa seconde partie; j'aurai ainsi l'occasion de faire la critique rapide de la méthode ancienne et de poser quelques prémisses qui serviront d'introduction à l'exposition de la méthode nouvelle. J'espère que ceux de mes lecteurs qui connaissent mes écrits et surtout le premier fascicule du 2e volume du *Magasin de Hambourg*[2], ne seront pas fâchés de lire de nouveau quelques passages de ces ouvrages. Ceux qui veulent bien me juger avec impartialité, ne m'accuseront pas, mais m'accorderont que je n'ai rien dit de superflu, et que je devais cette répétition à mes lecteurs, pour leur rendre plus intelligible et plus claire cette exposition. Il ne me sera pas fait de reproche de l'avoir éclaircie par ces répétitions et des citations souvent textuelles, par ceux surtout qui savent combien je suis absorbé jour et nuit par une pratique aussi étendue que fatigante, et qui savent combien sont rares les quelques moments que je puis consacrer au repos et à quelques travaux littéraires. Cette introduction me justifiera d'autant mieux que je n'ai rien à dire d'absolument neuf sur cette méthode, car je n'ai qu'à rassembler en un tout complet ce que j'ai dit ailleurs, et qui se trouve disséminé dans divers écrits. Au reste, je me conforme à un usage adopté par les écrivains les plus estimés et d'une probité scientifique irréprochable.

Examinons maintenant l'ouvrage de STEIN :

Page 44 l'auteur dit : « Un manuel opératoire bien raisonné « et bien *exercé* est une chose précieuse et d'une grande utilité « aussi bien pour l'enfant et la mère que pour l'accoucheur lui-« même. »

Page 74 : « Quelques circonstances heureuses, comme des

[1] *Geburtshülfliche Wahrnehmungen*, Marbourg 1809.
[2] *Hamburg. Magazin* 1808.

« douleurs qui surviennent au commencement de l'opération « comme pour l'aider, la rendent plus facile, quoique, en gé- « néral, *on n'aime pas voir survenir des douleurs pendant la « version.* »

Page 301 : « *Au commencement d'une douleur je sentis la pre- « mière résistance*, qui cependant fut vaincue plus tard facile- « ment avec un peu de force employée dans l'intervalle d'une « douleur. »

Il serait permis de tirer de ces citations, aussi bien que de la rapidité avec laquelle le professeur STEIN pratiquait son opération, rapidité qui ne lui permettait pas de prendre en considération les douleurs et l'action de la matrice[1], il serait permis de tirer cette conclusion : que STEIN n'attendait que peu ou rien *de la coopération de la nature*, et cependant il ajoute, page 20 :

« *La nature surpasse cependant toujours l'art*, c'est ce qui fut « démontré par la seule douleur qui aida notre opération; elle « nous épargna sans contredit un quart d'heure, etc. »

Page 19 : « Enfin, une *douleur* telle qu'il ne s'en était pas « montré jusque-là, *vint en aide* à notre manœuvre, et la tête « s'avança rapidement, etc. »

Page 75 : « L'aide de la nature, si toutefois on l'attend ou « qu'on le laisse se produire, se montre efficace aussi bien au « commencement qu'à la fin. Non-seulement elle agit alors « que la présomption ne voit que de l'inertie, mais elle agit « par elle-même d'une manière si heureuse qu'à la fin on ne « peut qu'admirer sa puissance. »

Page 87 : « *En peu de temps, les douleurs firent tellement « avancer l'enfant* qu'il ne me resta plus que la facile besogne « de dégager les bras. »

Page 97 : « *Lorsque la nature par son action* gagne de vi- « tesse *l'art qui intervient*, comme dans ce cas, les accouche- « ments par les fesses se terminent alors incomparablement « bien. »

[1] Une des règles principales dans la version, ainsi que nous le verrons plus bas, était de *n'opérer qu'après la cessation des douleurs, ou quand elles diminuaient d'intensité.*

Page 237 : « La tête résista à une première, deuxième et « troisième traction, elle ne céda qu'à la quatrième, avec l'aide « *d'une puissante douleur* qui la fit descendre et sortir entière- « ment. »

Page 251 : « Celui, au reste, qui sait quelle *différence* il y a « *à opérer avec ou sans douleur*, etc.[1] »

Page 259 : « Le dégagement de la tête fut *aidé* alors par *une* « *douleur* survenue en temps opportun. »

Pages 260 et 261 : « Les circonstances favorables à la vie de « l'enfant dans cet accouchement furent les suivantes..... 4° *La* « *nature vint en aide* lors du dégagement de la tête, c'est-à-dire « *fit le gros de l'affaire.* »

Page 370 : « Au moment où je voulais faire descendre l'autre « pied, *une douleur*[2] fit avancer si fortement tout le corps dans « le bassin, que ma manœuvre fut empêchée. »

Il ressort avant tout pour nous de ces passages et de ces contradictions si évidentes, que Stein avait déjà réellement un certain sentiment, si je puis dire ainsi, de la puissance de la nature et des procédés nouveaux que j'ai fondés sur elle; mais que, dominé par l'idée régnante, que l'accouchement était avant tout un acte mécanique, il n'a pu en avoir une connaissance nette et précise. De là ces doutes et ces contradictions, ce combat entre le mécanicien pressé d'agir et la nature qui opère d'elle-même. La confiance de Stein a toujours été partagée entre la nature et la mécanique; sa prédilection était tantôt pour celle-ci, tantôt pour celle-là, selon que l'une ou l'autre avait réussi en dernier lieu. Sa force et ses manœuvres étaient-elles restées stériles, là où la nature avait spontanément tout terminé, *il admirait la puissance de celle-ci;* telle ou telle manœuvre avait-elle réussi à souhait, l'art, qui avait toujours sa prédilection, était de nouveau triomphant à ses yeux, comme si dans ces derniers cas la nature n'avait pas aussi

[1] L'auteur parle ici, il est vrai, de la coopération nécessaire des douleurs dans les applications du forceps. Pourquoi celles-ci ne seraient-elles pas nécessaires dans la version ?

[2] Comment se fait-il qu'ici la douleur ait fait avancer, alors qu'on dit qu'elle doive retenir ? Qu'on se rappelle page 301, etc.

coopéré, et que le succès n'avait pas dû être attribué à elle aussi bien qu'à la mécanique. Son esprit dominé par les idées mécaniques ne pouvait démêler la vérité; s'il avait pu le dégager de ces obsessions, s'il avait pu voir d'un œil non prévenu la puissance de la nature, qu'il entrevoyait quelquefois, ses idées eussent été autres, et peut-être serait-il devenu un admirateur fervent de la nature et de sa toute-puissance. Lui qui, ainsi que nous l'avons vu dans maints passages de ses *Observations*, attendait tout de la coopération des douleurs, surtout dans *les derniers moments* de l'accouchement, comme, par exemple, lors du passage des épaules et de la tête, eût pu être facilement convaincu de l'utilité et de l'indispensable nécessité des contractions au *début de l'accouchement*. Cette conviction l'eût conduit facilement aussi à une intervention moins empressée, plus lente et moins énergique; il eût été d'autant plus disposé à se laisser convaincre qu'il fallait attendre la coopération de la nature, que déjà on trouve chez lui la pensée qu'une certaine temporisation est opportune et utile dans la version, et qu'il faut éviter toute action violente.

Ainsi il dit, par exemple, page 91 : «Je savais cependant po-« sitivement que la nature agit avec plus de ménagements dans « la dilatation des parties, et *plus doucement envers l'enfant*, quand « elle le fait avancer seule. Moins les parties de l'enfant sont « avancées, *mieux on peut prendre son temps*. Dans plusieurs cas « semblables, je prendrais si bien mon temps que je ferais des « saignées et que j'administrerais des médicaments pour as-« surer un résultat heureux et rester toujours maître de l'opé-« ration.»

On voit clairement par ce passage que plusieurs cas avaient donné déjà à Stein une certaine idée, mais encore obscure, de la nécessité d'autres conditions que des manœuvres pour mener à bonne fin l'accouchement.

Qu'y a-t-il donc de *nouveau* dans cette version, me dira-t-on, si déjà nous la trouvons indiquée par les principes et les conseils de Stein? Je répondrai à cette question en disant: que ce qu'il y a de *nouveau* dans ma méthode consiste surtout à faire intentionnellement, avec connaissance de cause et d'après cer-

taines règles, ce que STEIN ne faisait que malgré lui, contraint par la nécessité et sans être guidé par des règles. Ainsi STEIN ne cessait de faire des tractions sur l'enfant que quand momentanément les parties génitales opposaient une telle résistance que les tractions restaient sans effet. Il n'avait aucune idée nette de la nécessité d'une *conduite en général plus expectante* pendant *tout l'accouchement*, ce qui est le principe fondamental de notre méthode. STEIN ne renonçait aux tractions qu'à regret, et était même disposé à attribuer le retard de l'opération à une douleur qui venait de se déclarer[1], tandis que la nouvelle méthode voit avec satisfaction un certain rallentissement du travail de l'accouchement, et attribue un arrêt de ce travail, contrairement à l'opinion de STEIN, non à l'arrivée, mais *à la cessation ou à l'absence des douleurs*. La version par l'ancienne méthode présentait le tableau d'une lutte imprudente de l'art contre l'action de la nature, qu'on croyait aveugle et inutile. La nouvelle méthode se distingue, au contraire, par une coopération prudente, attentive et douce de l'art aux efforts spontanés de la nature, suffisamment excités et prudemment attendus. STEIN et ses disciples *cherchaient* l'enfant, nous nous contentons de le *recevoir*. STEIN *courait devant* la nature aussi rapidement qu'il pouvait, nous la suivons lentement et en observant sa marche STEIN avait l'habitude de dire : *J'ai* terminé l'accouchement en tant de temps; nous sommés obligé de dire : La *nature* le termina. Dans la méthode de STEIN, c'est *lui* qui était l'opérateur, dans la nôtre, c'est la *nature*.

[1] Quand STEIN, dans ses *Observations*, parle des douleurs, il ne paraît pas avoir assez distingué les douleurs vraies des douleurs fausses ou spasmodiques. C'est chose bien différente quand on fait l'extraction de l'enfant après la version, d'être aidé par de bonnes douleurs résultant d'une contraction générale de l'utérus, ou de voir survenir de fausses douleurs résultant de contractions partielles. Les premières activent, les secondes arrêtent le travail, que celles-ci soient produites par un état convulsif de la femme, ou une intervention prématurée de l'art, ou une dilatation forcée et brusque des parties non encore suffisamment préparées à cet effet. Ainsi qu'on peut facilement l'entrevoir, les *vraies* douleurs sont toujours *favorables*, les *fausses* douleurs *défavorables*, dans l'accouchement en général, et dans la version en particulier; il en résulte le précepte positif de favoriser les premières, d'éviter ou de prévenir les dernières.

La différence essentielle entre les deux méthodes, tant sous le rapport de l'exécution pratique que sous celui des principes, est donc parfaitement démontrée. La nouvelle méthode exige manifestement plus de temps de la part de la femme qui accouche et de la part de l'accoucheur; reste donc la question de savoir si cette prolongation du travail et la perte du temps offrent de *notables compensations*.

Mon expérience répond affirmativement à cette question. La nouvelle méthode, évitant surtout la violence, est beaucoup moins *douloureuse* pour l'accouchée; elle offre aussi pour la conservation de l'enfant des avantages d'une incontestable supériorité. Sur trente enfants qui, sous ma direction, sont nés par les pieds par l'emploi de la nouvelle méthode, un seul est venu mort. Sur trois accouchements par les pieds suite de version, Stein compte deux enfants morts et un enfant vivant (Voy. *Wahrn.*, p. 15).

D'où vient donc cette énorme différence? elle résulte évidemment de la trop grande précipitation, de la trop grande activité de l'art, de son éternel empiétement sur les droits de la nature et de la nécessité qui en résulte, de faire des tractions violentes, d'agir avec énergie, quand l'opération est une fois commencée. Qu'on veuille bien examiner de près l'ancienne méthode, et on verra ce que le pauvre enfant doit supporter et souffrir pendant l'opération; je n'ai qu'à renvoyer le lecteur à un des paragraphes suivants, et mettre sous ses yeux quelques passages des *Observations* de Stein :

Page 18 : « Cinq ou six tentatives pour amener la tête res-« tèrent complétement sans résultat, et j'étais cependant tout « en sueur. Mon assistant me remplaça une première fois. »

Ainsi, non-seulement un *seul*, mais *deux* travailleurs se mettent en nage pour faire une version!

Page 85 : « *Ainsi qu'on pouvait bien le penser*, l'enfant vint « mort, car l'opération avait nécessité plusieurs heures. Les « signes constatant que l'enfant avait vécu pendant l'opération, « furent des ecchymoses sur les membres résultant des tractions « opérées sur lui. »

Page 56 : « L'enfant était mort, ainsi qu'on s'y attendait;

« tous les moyens pour le rappeler furent inutiles; quelques « ecchymoses sur les parties qui avaient été saisies démon- « trèrent suffisamment que l'enfant a vécu pendant le travail. »

Page 35 : « L'absence de toute ecchymose sur le pied sur « lequel j'avais opéré, démontra que l'enfant était mort depuis « longtemps. »

Ne paraîtrait-il pas, d'après cet aveu de l'auteur, que dans sa pensée la version ne dût jamais se faire sans déterminer des ecchymoses sur le corps de l'enfant. Preuve évidente, selon moi, de la force excessive que STEIN déployait dans ses manœuvres et ses tractions.

Page 25 : « J'abandonnai donc à la Providence le soin de dé- « cider lequel des deux, *de l'enfant ou de moi, serait vaincu* « *dans cette opération* » (STEIN avait opéré ici sur un enfant très-gros).

Ainsi un véritable duel entre STEIN, dans la force de l'âge, et cette pauvre créature encore renfermée dans le sein de la mère.

Malgré tout, STEIN savait cependant se consoler de la mort des enfants mis au monde d'une façon si barbare; lorsque la force employée par lui, trop grande de son aveu pour lui *laisser encore quelque espoir*, produisait en effet la mort de celui-ci, il justifiait la violence employée et son triste effet en l'attribuant à la grosseur de l'enfant, à l'étroitesse des parties génitales, aux contractions utérines, à telle ou telle position anormale de la tête ou des épaules qu'il avait été impossible de modifier, ou même *seulement à une mauvaise disposition de la mère* (voy. p. 123), sans pouvoir fournir l'ombre d'une preuve à l'appui de ces accusations. Ces tractions violentes sur les membres et le cou de l'enfant, ces pressions et constrictions du ventre et de la poitrine dans les tentatives qui devaient avoir pour but de mettre le corps de l'enfant dans une position soi-disant meilleure; ces contractions violentes du col de l'utérus non suffisamment préparé, dilaté avec force et trop rapidement irrité par le passage du fœtus, et se resserrant d'abord sur le ventre, puis sur le cou de l'enfant; toutes circonstances et d'autres encore qui accompagnent la version par l'ancienne

méthode et entraînent si souvent fatalement la mort du fœtus, étaient restées lettre morte pour STEIN. Et un homme aussi intelligent que STEIN a pu ne pas les voir, ne pas les comprendre, alors cependant que cela était si facile, puisque le hasard les lui avait mis plusieurs fois sous les yeux !

J'arrive à une nouvelle question, dont la réponse se trouve déjà en partie dans ce que j'ai dit plus haut. D'où vient-il que STEIN, dans sa méthode de version, était obligé d'employer une si grande force, surtout pour faire passer le tronc et la tête, alors que par la nouvelle méthode cela se fait si facilement?

Les raisons de cette différence si remarquable sont surtout les suivantes : STEIN ne possédait point de règles sûres, ni de signes positifs qui lui eussent permis de dire quand il était indiqué de commencer son opération. Chaque chose a son temps dans ce monde, et toute opération obstétricale doit être faite à un moment indiqué. Malheureusement STEIN ne savait pas choisir ce moment opportun, dans lequel la version devenait plus facile dans son exécution, plus heureuse dans son résultat. Le plus souvent il se décidait à ne plus remettre l'opération et à la pratiquer pour terminer l'accouchement, quand *les douleurs* devenaient plus *faibles* ou plus *rares*, ou bien quand il était *ennuyé d'attendre*, chose qu'on ne croirait pas si elle ne ressortait clairement des passages suivants :

Page 231 : «Les douleurs se manifestaient encore à peine, etc., « *ce qui me décida* à pratiquer la version » (dans une présentation de la tête).

Page 258 : « *Les contractions restant sans effet*, je pratiquai la « version » (le travail vrai commençait seulement, et la tête se présentait aussi).

Page 228 : «Nous aurions certes été obligé *d'attendre pendant « fort longtemps »* (s'il n'avait pas fait la version).

Page 91 : «Par l'autre voie j'entrevoyais l'ennui d'une attente « prolongée» (dans un cas où STEIN aurait dû laisser descendre davantage l'enfant et attendre plus de la nature); et autres passages semblables.

Recourir, avant de procéder à une opération aussi pénible et aussi importante que la version par la méthode ancienne, à

l'emploi de médicaments, du repos, d'une situation plus favorable, à des aliments ou boissons stimulantes, etc., pour chercher à fortifier les contractions de la matrice, ou à les réveiller, enfin attendre la coopération de la nature, qui, si elle ne termine pas tout par ses seules forces, facilite et accélère le travail, sont des idées qui ne pouvaient pas venir à l'esprit de STEIN, entièrement préoccupé de la partie mécanique de l'accouchement. Il n'attendait même pas que la dilatation du col fût suffisante (ce qui est cependant une condition essentielle pour que l'application du forceps ou toute autre opération puisse être convenablement faite), il n'y avait point égard et procédait de suite à l'opération, quand bien même il devait employer *toute une heure* à la dilatation seule de cet orifice (comme page 309). En un mot, STEIN devait employer de la force, puisque la version qu'il pratiquait était le résultat de son amour aveugle pour la mécanique, chef-d'œuvre manuel qu'il entreprenait sur le vivant, chaque fois qu'il en trouvait l'occasion[1], avec aussi peu de soins qu'il l'aurait fait sur son mannequin; dans cette œuvre, il n'était préoccupé, ainsi que tous les artistes, que d'une seule chose : de la faire avec *célérité*[2]. Avec cet amour de la mécanique et cette tendance si grande à opérer, naquit chez lui ce point d'honneur ou cette singulière idée qui l'empêchait de reculer une fois qu'il avait fait le premier pas, comme s'il y avait eu de la honte à suivre la nature en travail, et à ne pas toujours montrer et prouver sa puissance sur elle. Il est intéressant de consulter le passage (page 84) où il s'exprime de la manière suivante :

« Ayant déjà tout fait, je ne voulus pas laisser perdre ma

[1] Si sévère que soit ce jugement, il se trouve cependant justifié par la pratique de STEIN. Il faisait la version dans des cas où aucun accoucheur n'y aurait songé, par exemple quand les contractions se rallentissaient, quand la tête ne se présentait pas au détroit supérieur de la manière la plus normale, ou bien, ainsi que nous l'avons vu, quand il était *ennuyé* d'attendre.

[2] Dans la relation de toutes les versions, STEIN ne manque jamais de noter le temps qu'il avait employé à les pratiquer, comme si la durée de l'opération devait entrer pour quelque chose dans son appréciation, et cependant l'expérience lui avait appris que les versions terminées rapidement étaient presque toutes malheureuses, celles faites lentement, suivies d'un succès complet.

« peine, mais je cherchai au contraire à exécuter mon plan.» Ajoutez à cette citation celle produite plus haut (page 25) où « il abandonna à la Providence le soin de décider lequel des « deux, de l'enfant ou de lui, serait vaincu dans cette opéra- « tion.»

Des pensées de cette nature, qui se trouvent en grand nombre dans les *Observations* de STEIN, démontrent non-seulement que chez l'auteur la confiance envers l'action de la nature était fort petite, celle envers l'intervention de l'art immense, mais qu'il avait l'idée de mettre en relief un vrai *antagonisme* entre l'accoucheur et la matrice. Comment la version pouvait-elle dans cette opposition et ce combat *ne pas se pratiquer avec violence* et se terminer autrement que par un malheur. Là où la nature aurait attendu longtemps ou au moins quelques heures, STEIN opérait à l'instant même: là où la nature aurait demandé quelques moments de repos (ainsi que cela existe dans l'ordre naturel, puisque les contractions de la matrice sont intermittentes), STEIN ne cessait d'agir et tirait sans interruption sur l'enfant. La nature se disposait-elle à expulser l'enfant dans telle ou telle position (et son choix n'est pas si anxieux que celui de l'accoucheur), STEIN trouvait bon de la forcer à prendre une autre situation (qu'il croyait meilleure). En un mot, la nature ne pouvait accomplir son œuvre qu'en agissant en opposition avec l'accoucheur, et de ce manque d'harmonie, de cet antagonisme continuel ne pouvaient résulter que des malheurs ou la mort.

Si nous parcourons attentivement les observations de versions publiées par STEIN, nous sommes frappé de ne voir *réussir* que les seuls *accouchements* par les pieds qui avaient été préparés par la nature, et où la main de STEIN n'avait point agi, du moins au commencement du travail, ou bien où son action avait été plus lente et plus douce que de coutume. Aussi voyons-nous qu'en général les accouchements par *les fesses* se terminaient beaucoup mieux que les accouchements par les pieds, et que STEIN accordait la préférence aux premiers (Voy. pages 36, 91, 97, etc.).

A quoi tient cette terminaison plus heureuse? Ne voyons-

nous pas clairement que les temps principaux de l'accouchement ont une marche plus lente, plus naturelle, quand la nature prépare elle-même le travail, que l'orifice de la matrice et les parties génitales se dilatent plus convenablement, que l'utérus et le vagin coopèrent constamment, et que pour le dernier moment, qui est le plus difficile, leurs forces se trouvent ménagées.

Stein se plaint souvent de l'arrivée inopportune d'une douleur pendant son opération, et il lui attribue tous les retards, toutes les difficultés. Stein a raison quand il dit que (par *sa* méthode) les douleurs retiennent quelquefois réellement l'enfant; mais il a tort quand il attribue ce retard aux douleurs en général, et de ne pas chercher à connaître de quelle manière ces *douleurs prématurées* entravent le travail. Je rechercherai ces causes et j'espère jeter quelque lumière sur cette question.

Pendant la version et l'extraction, la matrice peut se trouver dans trois états distincts, que l'accoucheur doit soigneusement apprécier s'il veut opérer avec succès. Le premier état est celui où il existe *une douleur vraie*, c'est-à-dire dans lequel la matrice se contracte seule ou avec le vagin, mais se contracte simultanément et avec une force égale dans toutes ses parties et dans toute son étendue. Ce n'est qu'avec ces conditions que l'enfant avance convenablement, et cet état est le seul dans lequel l'art, quand son intervention est nécessaire, peut prêter son secours à la nature. Ainsi les vraies douleurs n'apportent pas de retard ni de difficultés dans l'opération.

Le second état consiste dans la *cessation des douleurs*. Dans le premier état, l'utérus se présente à travers les parois abdominales comme un corps tendu et dur; quand la douleur cesse, il se présente avec des phénomènes opposés, il est plus volumineux, plus mou, plus souple au toucher, jusqu'à ce qu'une nouvelle contraction se manifeste. Dans cet état, l'utérus se repose, l'art doit faire comme lui, s'il ne veut pas agir purement d'après les lois d'une mécanique grossière et courir le danger d'arracher subitement avec l'enfant les parties génitales relâchées, ou de les léser d'une autre manière. Il est facile

de voir que, puisque cet état est un état de repos, la main empressée de l'accoucheur n'a rien ou peu de chose à faire pendant ce temps d'arrêt, ou que, si malgré tout elle veut agir, elle ne le peut qu'en employant de la force. Cet état de repos de la matrice était certes une des causes qui arrêtaient STEIN dans son opération, seulement il connaissait mal cet état et l'appréciait plus mal encore, puisqu'il attribuait les retards résultant de cette cause à des douleurs *incomplètes* (*inopportunes?*).

Un état qui plus souvent que les précédents arrêtait STEIN dans son opération, est produit par ce qu'on appelle des *contractions spasmodiques* (contractures). La matrice ne se contractant alors que dans certaines places circonscrites, il en résulte des troubles faciles à comprendre. De même que les douleurs *vraies* font avancer l'enfant, de même aussi les douleurs *spasmodiques* le retiennent, car elles n'agissent pas sur tout le fœtus, mais sur certaines parties correspondantes à la place où la matrice se contracte, et alors celui-ci est serré et retenu comme dans un lien qui empêche sa progression. Aucune partie n'est aussi exposée à ces contractions spasmodiques que le col et le segment inférieur, et un grand nombre de causes externes et internes, physiques ou morales, peuvent les produire.

Il est facile de comprendre pourquoi la méthode de STEIN, plus que toute autre, occasionnait ces douleurs qui troublent la marche de l'accouchement. STEIN faisait presque tout ce qu'on pouvait faire pour produire intentionnellement ces contractures dans le col et le segment inférieur. Quelquefois il exaltait la sensibilité de la femme par ses préparatifs multipliés, plus tard il l'irritait par l'opération elle-même (par une dilatation forcée du col pratiquée pendant des heures), de telle sorte que ces contractions spasmodiques étaient inévitables ; ensuite il dilatait si brutalement l'orifice par ses manœuvres brusques et soutenues, que nécessairement il excitait dans ces parties une réaction énergique contre ces violences; c'est là une chose très-importante à noter. Il est facile de comprendre que si STEIN avait agi plus lentement et plus doucement, il n'aurait pas été souvent obligé de lutter contre cette cause de retard.

Voilà ce que j'avais à dire ici sur les observations de STEIN relatives à la version. Loin de moi a été l'idée de diminuer par cette critique les mérites d'ailleurs éminents de STEIN; mais je n'ai pu empêcher le lecteur de voir que les idées de STEIN sur l'accouchement n'étaient pas encore claires et renfermaient une foule de contradictions, et enfin que cet accoucheur ne peut être considéré comme un observateur sévère[1]. Son hésitation évidente entre la nature et l'art, ses idées erronées sur l'action des contractions dans la version, son incroyable aveuglement en face des indications les plus expressives de la nature n'auront que trop convaincu mes lecteurs.

J'espère aussi par cette analyse critique avoir fait un tableau assez exact de la version par la méthode ancienne. Mes lecteurs auront vu que la méthode de STEIN, qui peut être présentée comme type de la manière de procéder généralement adoptée, et que j'appelle méthode *ancienne*, a pour caractères distinctifs et fondamentaux d'agir avec force et précipitation, de faire peu de cas de l'action de l'utérus, ou même de la négliger complétement et d'agir sur l'enfant avec rudesse et barbarie.

Nous trouvons précisément les caractères opposés dans la méthode nouvelle. Elle nous apprend à faire la version de l'enfant presque sans employer de force, à l'aide de quelques simples manœuvres externes, faciles à exécuter, et dans les présentations de la tête aussi bien que dans celles des fesses ou des pieds. Elle nous apprend encore à attendre, que les contractions de l'utérus aient fait descendre suffisamment ces parties à travers l'orifice, et à abandonner le reste de l'opération à la nature,

[1] Parmi les preuves nombreuses qui établissent que STEIN n'était pas un bon observateur et par ce motif souvent en contradiction avec lui-même, je rappellerai seulement ce qu'il dit des *premiers* signes de la vie d'un enfant rappelé d'un état de mort apparente. Quelquefois (page 192) il soutient que c'est une chose rare de voir un enfant qui revient à la vie, remuer les membres avant de respirer; plus tard (pages 15, 64 et 65), il est d'un avis opposé, il dit que la respiration est le premier signe de la vie, que *l'expérience l'a démontré*. Laquelle des deux assertions est la vraie? Si STEIN n'a pu observer convenablement ces manifestations si fréquentes et si vulgaires, verra-t-il celles qui sont plus délicates à saisir et pour ainsi dire cachées dans le phénomène de l'accouchement?

comme dans les présentations naturelles de ces parties. Elle se distingue donc essentiellement de la méthode ancienne par des procédés plus légers, plus doux et plus lents, par une confiance plus grande, plus complète qu'elle accorde aux forces et à l'action des parties destinées à l'accouchement.

Mais, si grande que soit cette confiance dans l'action spontanée de la nature, si facile que soit la manœuvre que l'homme de l'art doit exécuter dans la plupart des cas avec la coopération active de la nature, il n'en existe pas moins quelques règles et des lois que l'accoucheur doit connaître parfaitement et qui doivent guider sa main, si son intervention doit toujours être heureuse pour la mère et l'enfant. Le lecteur trouvera plus bas ces règles et ces lois, aussi bien que ma manière de procéder, résumé de ma longue pratique obstétricale.

Dans l'extraction du fœtus après la version pratiquée par la nouvelle méthode, il faut observer les six points principaux suivants :

I. *Lorsque la tête ou les fesses ont été amènées sur l'orifice utérin.*

Quand la tête ou les fesses ont été amenées sur l'orifice utérin, il ne reste à l'accoucheur à faire autre chose que ce qu'il doit faire dans les présentations naturelles et spontanées de ces parties. Il abandonnera la terminaison du travail à la nature, et n'emploiera le forceps ou certaines manœuvres que quand les contractions sont visiblement insuffisantes ou irrégulières; quand l'enfant est relativement trop gros, et que les remèdes indiqués, tant externes qu'internes, sont restés sans effet, il se conduira suivant les anciennes règles de l'art; il fera à sa convenance l'opération jugée nécessaire, et, à cet effet, fera mettre la femme sur le fauteuil obstétrical ou la fera coucher dans son lit sur le côté.

II. *Lorsque les pieds sont à l'orifice.*

Les manœuvres externes ont-elles amené les pieds à l'orifice, on fera descendre davantage encore ces parties fœtales, et pour

cela on saisira *non les deux pieds, mais un seul.* Ce précepte semble s'éloigner des règles posées plus haut, cependant il est fondé en théorie et en pratique sur les raisons suivantes :

1° Dans la plupart des cas, la recherche du second pied, qui ne se trouve pas toujours sous la main, exige beaucoup de force et des pressions contre la matrice et le fœtus, qui peuvent facilement troubler mécaniquement la matrice dans son opération, ou léser un des organes de l'enfant, comme le foie, le cœur, dont les fonctions pourraient être troublées ou suspendues. Tous ces inconvénients ne se produiront pas, si on n'attire qu'un seul pied.

2° La nécessité de pénétrer très-haut dans l'utérus avec la main qui est à la recherche du second pied, peut occasionner l'écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique, et l'introduction d'une certaine quantité d'air atmosphérique, et par suite un commencement de respiration incomplète, certainement très-dangereuse.

3° Le pied qui reste dans l'utérus, étendu le long du ventre et de la poitrine de l'enfant, forme une espèce de pont naturel sur lequel glisse le cercle de l'orifice utérin (surtout le segment inférieur) qui embrasse le corps de l'enfant et les extrémités supérieures. Si on ne laisse pas un pied, l'orifice utérin glisse sur l'abdomen et la poitrine, et ramène facilement les bras vers la tête, circonstance qui complique beaucoup l'extraction de la tête après la version. Rien n'est plus propre à empêcher cet effet que la présence dans la matrice de l'autre extrémité inférieure, qui forme ce pont naturel sous lequel glissent toutes ces parties.

4° Les voies génitales subissent une dilatation plus grande et sont mieux préparées pour le passage de la tête, quand une extrémité reste appliquée, étendue sur l'abdomen de l'enfant, pour augmenter la masse du fœtus et dilater le col. C'est alors comme s'il y avait un accouchement semi-pelvien, dans lequel on a gagné au moins la moitié des avantages de la préparation et la dilatation des voies génitales pour le passage de la tête.

5° Aussi longtemps que l'enfant n'a été saisi que par un pied, la nature a plus de facilité d'imprimer au corps de l'enfant,

pendant son passage à travers les parties génitales, les divers mouvements de rotation nécessaires, que quand il est tenu *par les deux pieds*. Plusieurs fois j'ai vu l'enfant décrire pendant son passage un mouvement complet de rotation sur son axe. Des mouvements aussi étendus, peut-être très-nécessaires, seraient certainement empêchés dans mainte circonstance, si l'enfant était tenu et attiré par les deux pieds. J'ai à mentionner ici une chose très-importante, que j'ai observée dans tous les cas où j'ai pratiqué la version par ma méthode. J'ai toujours remarqué qu'en tirant sur un *seul* pied, l'enfant, se fût-il présenté d'abord dans quelque position que ce soit, se tournait toujours sur le ventre ou la poitrine, et se préparait ainsi naturellement au passage le plus favorable à la tête. La cause de cette rotation si remarquable du fœtus résulte-t-elle d'une traction exercée diagonalement, ou bien l'extrémité inférieure qui reste dans l'utérus appuie-t-elle tantôt sur telle ou telle partie, et occasionne-t-elle ainsi cette torsion, c'est ce que je ne saurais décider. Il suffit pour nous que ces mouvements de rotation se produisent réellement dans les circonstances désignées et facilitent ainsi l'accouchement.

6° Si le cordon ombilical se trouve par hasard entre les deux cuisses de l'enfant, il peut être refoulé avec la plus grande facilité sur l'extrémité inférieure repliée sur l'abdomen, et de cette façon cet obstacle à l'accouchement pourra être levé avec la plus grande facilité. Au reste, je n'ai jamais trouvé, en employant ma méthode, l'enfant à cheval sur le cordon, puisque cette disposition ne peut pas se produire facilement avec cette attitude des pieds, peut-être aussi parce que par ma méthode opératoire si lente et si douce, je laisse à la matrice et au placenta la facilité de suivre le mouvement d'abaissement du fœtus.

7° L'extrémité inférieure qui reste dans l'abdomen tient toutes les parties si bien éloignées de celui-ci, que le cordon ne pourrait que difficilement être comprimé par elles.

8° Enfin, toute une extrémité fœtale se trouvant soustraite à l'influence de l'air froid, moins de liquides se trouvent refoulés vers les parties centrales du corps; c'est là aussi une chose à

noter, car la circonstance contraire peut quelquefois ne pas avoir été sans importance et avoir contribué à produire avec la pression du thorax l'embarras dans la circulation.

Au reste, la recherche des deux pieds et les tractions sur ces deux extrémités sont seulement permises et utiles dans les cas où des motifs plus graves nécessitent une extraction rapide, pour laquelle une certaine force est nécessaire, et alors que cette force appliquée à un seul pied serait nécessairement nuisible à l'enfant. Dans ces cas, il faut ranger les hémorrhagies abandantes qui arrivent dans les implantations du placenta sur l'orifice, plus encore les étroitesses du bassin avec lesquelles coïncide un enfant très-développé, ou bien les cas de procidence du cordon ; on peut alors conseiller de faire sur les deux extrémités plutôt que sur une ces tractions énergiques réclamées par la nécessité.

III. *Pendant les tractions sur l'enfant, il faut avoir égard à la coopération de la matrice.*

Qu'on se fasse une loi, non-seulement de faire des tractions aussi lentes et douces que possible sur cette extrémité saisie lors de son passage à travers le vagin, mais de faire bien attention de ne faire ces tractions qu'avec le concours de l'action de l'utérus. Nous apprendrons à connaître dans une autre occasion la nécessité et les avantages de la lenteur dans l'opération. Nous ne répondrons qu'à une grave question relative à la coopération de l'utérus. On peut, en effet, se demander, si l'accoucheur, dans cet accouchement artificiel par les pieds, peut toujours assez sûrement compter sur des douleurs et la coopération active de la matrice, pour qu'aucun empressement et aucune force dans son action ne deviennent nécessaires; par conséquent, si tout peut être abandonné par lui à la nature.

Mon expérience me permet de répondre oui. L'utérus en travail semble être soumis à une loi constante qui est celle-ci : Dans les positions du fœtus les plus anormales et qui durent depuis fort longtemps, l'activité et la contractilité utérines ne sont jamais éteintes; elles se réveillent, au contraire, avec

toute leur intensité, elles augmentent même quelquefois, dès que l'obstacle principal à l'accouchement est levé par l'art, sous la condition, bien entendu, que celui-ci n'ait pas employé de force brutale ou fait des lésions importantes à cet organe. Cette loi subsiste dans toute sa vigueur dans la version aussi bien que dans l'application du forceps; un grand nombre d'observations ont prouvé qu'il suffisait de déplacer un peu la tête de la situation dans laquelle elle était temporairement enclavée, pour voir le reste de l'accouchement se terminer par les seules forces de la nature. Je n'ai du moins jusqu'ici pas observé un seul cas dans lequel l'utérus ait cessé d'agir avec moi, même alors que les eaux s'étaient déjà écoulées depuis longtemps; après une attente de plusieurs heures, après que de longues douleurs étaient restées sans effet, et où je fus forcé de faire la version par la méthode ancienne, et alors que ces douleurs avaient cessé presque complétement, je vis tôt ou tard la contractilité reparaître de nouveau.

Dans le troisième fascicule de mes *Mémoires sur l'obstétricie*[1], j'ai raconté un cas remarquable de cette espèce. Je fus obligé d'attendre toute une heure avant de voir la matrice se contracter et me seconder dans mon opération. Mais lorsque enfin elle se contracta de nouveau, ce fut d'une manière si énergique et si suivie que je ne fus pas obligé de tirer sur l'enfant; dans l'espace de quelques minutes je pus le recevoir sans la moindre peine. Ce cas et d'autres analogues ont formé chez moi la conviction que les contractions de la matrice ne cessent de se reproduire que dans les cas où la version a été commencée trop tôt, et pratiquée avec une violence et une précipitation qui ont amené un trouble dans l'action musculaire, ou produit même une lésion directe des muscles de la matrice. Là où l'accoucheur n'a pas à se reprocher de pareilles fautes, il ne doit pas désespérer de la coopération de la matrice, alors même que pendant des heures entières il semblerait que les contractions ne dussent plus reparaître; il devra attendre patiemment que la matrice se soit reposée, donner en attendant une posi-

[1] *Beiträge zur Geburtshilfe.*

tion commode à la femme, relever ses forces, si cela est nécessaire, par des aliments et des boissons convenables, et ne pas négliger de frictionner de temps en temps le ventre avec la la main pour réveiller ainsi l'activité endormie de l'utérus. S'il s'écoule un quart d'heure ou une demi-heure avant le retour des contractions, et que l'accoucheur ne veuille ou ne puisse pas pendant ce temps maintenir le pied de l'enfant près de l'orifice de la matrice ou dans le vagin, on peut appliquer un lac sur cette partie du fœtus et le confier à un aide ou à la femme elle-même avec la recommandation de l'attirer doucement[1]. Dans l'intervalle, il faut de temps en temps examiner la femme pour s'assurer si la jambe n'est pas remontée ou si le lien ne s'est pas relâché. Lorsque enfin les douleurs deviendront plus fréquentes et plus fortes, l'accoucheur saisira de nouveau le pied et cherchera à faire avancer le fœtus. Ces tractions ne doivent se faire qu'avec la coopération de la matrice; c'est-à-dire que l'accoucheur ne les fera que pendant les contractions, et alors que l'enfant sera chassé par un mouvement d'expulsion. A cet effet, l'accoucheur saisira d'une main le pied qui se présente, pendant que de l'autre main appliquée sur l'abdomen il cherchera à sentir les modifications que subit l'utérus. Chaque fois qu'il sentira la matrice se rapetisser et se durcir sous la main, c'est-à-dire se contracter, il recommencera ses tractions sur le pied, tractions qui devront être toujours douces et continuées jusqu'à ce qu'il sente que la contraction ait cessé. Une précaution importante dans cette méthode, consiste à ne pas perdre de vue la matrice un seul instant, à s'assurer sans cesse, par la palpation extérieure, de son état de contraction et de relâchement. Ce serait une grande faute qui pourrait rendre toute la peine inutile et conduire à un véritable accouchement forcé, si

[1] Celui qui a des doigts longs comme moi pourra, dans la plupart des cas, maintenir le pied dans l'orifice avec deux doigts, l'index et le médius. Celui qui a des doigts plus courts et qui, par ce motif, est obligé de se servir de toute sa main, ne doit pas se préoccuper de la dilatation vaginale nécessaire à cet effet. Cette tension artificielle et cette dilatation du vagin déterminent, ainsi que je l'ai souvent remarqué, un ténesme qui excite sympathiquement l'action des muscles du bas-ventre et celle du diaphragme, et finit par mettre en jeu aussi l'action de la matrice.

l'accoucheur faisait des tractions sur l'enfant pendant que la matrice est relâchée ou dans l'intervalle des contractions.

Sans la participation de la matrice, l'accouchement est une œuvre purement mécanique; si habilement que puisse être faite l'extraction du fœtus, il est très-douloureux pour la mère et dangereux pour la vie de l'enfant et très-pénible pour l'accoucheur. *Avec* l'assistance de la matrice, les tractions violentes ne sont pas nécessaires, l'enfant est expulsé par une force interne avec facilité et sans danger pour ses jours.

Quoique mon expérience m'ait appris jusqu'ici que dans ces circonstances et avec l'emploi de la nouvelle méthode; les contractions de la matrice n'ont jamais fait défaut, qu'après un temps plus ou moins long elles reviennent toujours, je ne voudrais cependant pas prétendre qu'il ne se trouve pas quelquefois des cas où elles ne reparaissent qu'insuffisantes pour terminer seules l'accouchement. Quoique je n'aie jamais vu des cas pareils et que je ne puisse pas parler d'après ma propre expérience, je crois néanmoins pouvoir poser ici quelques règles qui, dans ces cas, ne seront pas sans utilité.

Avant tout l'accoucheur cherchera à savoir si la cause de la lenteur ou de l'arrêt du travail ne se trouve pas dans :

1° Une *faiblesse* ou une *rareté* des contractions utérines;

2° Dans des contractions *irrégulières*, *partielles*, *anormales* ou *spasmodiques;*

3° Ou dans le *fœtus* lui-même.

Si une exploration externe du ventre souvent renouvelée démontre à l'accoucheur que les douleurs sont rares, passent vite, ce qu'on apprécie facilement par le durcissement ou le relâchement de la matrice, il cessera ses tractions sur l'enfant, jusqu'à ce que par l'emploi de la teinture de cannelle ou d'autres moyens, par le repos de l'esprit et du corps de l'accouchée, il ait amélioré sa situation; après un temps plus ou moins long, les douleurs reparaissent.

Si la marche de l'accouchement est entravée par des contractions *anormales* ou des contractions *spasmodiques*, ce qui est annoncé à l'accoucheur par l'inégalité des contractions, une douleur insolite, localisée, augmentant par la pression, un

pouls petit, nerveux, une peau froide et sèche et l'état général et la constitution de la malade[1], on suspendra également les tractions sur l'enfant, et on modifiera cette action de l'utérus par le spécifique de cet état morbide, l'opium, employé à l'extérieur et à l'intérieur. Les moyens suivants ne devront également pas être négligés :

1° Non-seulement on cessera les tractions, mais on repoussera un peu l'enfant, et lorsque cela ne pourra se faire, on cherchera à le maintenir dans la même position. 2° On fera des frictions avec la main sur le ventre, particulièrement à la région sus-pubienne, pour faire cesser la contraction spasmodique. 3° Si celle-ci persiste, on fera coucher la femme pendant quelque temps sur l'un ou l'autre des côtés, le plus souvent sur le côté gauche, et on lui procurera le repos le plus complet. 4° Dans les cas assez fréquents et très-pénibles où la crampe persiste pendant l'intervalle des contractions, se prolonge jusque dans les mollets et occasionne d'intolérables souffrances, on appliquera une bande au-dessous des genoux pour exercer sur ces parties une compression solide. 5° Enfin, aussitôt que de meilleures contractions se montreront et feront de nouveau avancer l'enfant, l'accoucheur ne devra tirer sur lui que peu et lentement, et ne pas laisser pousser la femme. En général, qu'on se fasse un devoir dans ce cas aussi *de procéder lentement et aussi doucement que possible*. Enfin, si aucune des causes ci-dessus n'entrave la marche de l'accouchement, et s'il est bien établi qu'il n'existe aucun obstacle du côté des voies génitales, la cause de la lenteur du travail devra exister chez le fœtus.

Je ne trouve ici, de ce côté, que deux circonstances possibles pouvant devenir une cause de dystocie.

Ou bien l'enfant est relativement trop volumineux, ou bien le cordon, descendu très-bas avec le pied, s'est enroulé sur le pelvis ou sur la cuisse, et arrête ainsi la progression de l'enfant[2].

[1] Une exposition complète des signes de la contraction partielle ou spasmodique de l'utérus se trouve dans le deuxième volume du *Magasin de Hambourg*, page 172 (*Hamburg. Magazin, 1stes St., Seite 172*).

[2] Je le répète ici et je ne saurais assez le dire aux jeunes accoucheurs :

Comme dans l'un et dans l'autre de ces cas l'accoucheur est obligé de s'écarter de la règle, d'extraire l'enfant avec plus de force ou de précipitation, manœuvres qui ne peuvent se faire aisément avec un seul pied, il s'empressera de faire descendre aussi le deuxième pied et d'agir comme par la méthode ancienne, toutefois en ayant égard à la matrice. A cet effet, on n'exercera de fortes tractions sur l'enfant que pendant les douleurs, on fera souvent des frictions sur la matrice; et à la fin du travail, on agira un peu plus lentement pour laisser à la matrice le temps de se contracter sur le fœtus ; *de cette manière* le dégagement des bras se fera plus aisément.

IV. *Manœuvres externes pendant l'extraction du fœtus.*

On aidera à l'œuvre de la nature *en exerçant, pendant les douleurs, avec la main appliquée sur le ventre, tantôt sur les parties les plus saillantes de la matrice, tantôt sur le milieu de cet organe, directement au-dessus du pubis*, des pressions assez fortes pour amener l'axe du fœtus dans l'axe du détroit supérieur et éloigner du pubis les bras ou le second pied, qui sont quelquefois arcboutés contre cette partie du bassin.

Je dois avertir que ces manœuvres ne doivent pas être faites au hasard et avec trop de force. L'accoucheur doit, au contraire, observer la nature et essayer de faire ces pressions dans différentes directions, afin de deviner si elles sont réellement utiles et observer dans quelle direction elles seront les plus favorables.

Il observera donc avec soin l'effet de chaque pression; il répétera souvent, et même maintiendra pendant quelque temps, celles qui auront eu pour résultat les mouvements du fœtus les plus favorables et hâté le plus sa marche. Quelquefois, quand

un grand nombre d'observations m'ont prouvé que presque toujours la procidence du cordon et accompagnée d'un affaiblissement notable des contractions chez les femmes les mieux portantes et les plus robustes, chez lesquelles on ne peut songer à l'idée d'une faiblesse. Je connais peu de choses dans la nature qui paralysent si vite et si directement les forces de la matrice que la compression du cordon ombilical. Si, par hasard, les douleurs restent énergiques, et on voit cela quelquefois par exception, les enfants viennent morts ; j'en ai cité un exemple plus haut (voy. p. 3).

le travail est plus avancé, d'autres pressions sont plus utiles, c'est ce qu'on recherchera de la même manière.

Quand l'accoucheur aura fait avancer l'enfant de façon à ce que la poitrine soit sortie des parties génitales, que la tête se trouve dans l'excavation, que le *front* et *l'occiput*, ces deux parties opposées de la tête, *touchent le détroit supérieur*, les manœuvres que j'ai décrites dans le 2e vol. de mes *Mémoires sur l'accouchement*, p. 118[1], trouveront leur utile application. Ces manœuvres consistent *en une pression exercée par la paume de la main extérieurement sur le ventre, directement au-dessus du pubis, du côté où est dirigé l'occiput.* Par cette pression exercée de bas en haut et d'avant en arrière dans la direction du diamètre oblique, on élève l'occiput, et on rapproche le menton de la poitrine; il en résulte que la tête forme un coin et se présente dans le bassin par ses plus petits diamètres.

On peut rendre ces pressions plus efficaces encore, en recherchant la bouche et en appliquant deux doigts sur la mâchoire supérieure, dans le but de fléchir la tête sur la poitrine. *Les deux manœuvres devront se faire simultanément, si on veut en obtenir un effet sûr et précis.*

V. *Précautions à prendre avec le cordon.*

Quand l'enfant est sorti des parties génitales jusqu'au-dessus de la moitié de son ventre, et que *le cordon ombilical paraît* et se trouve comprimé entre l'abdomen et les parties génitales, l'accoucheur devra prendre plusieurs précautions importantes.

Si l'utérus se contracte énergiquement et à de très-courts intervalles, si l'enfant n'a pas un volume disproportionné avec le bassin de la femme, que la marche du travail est telle qu'on puisse prévoir une terminaison prochaine, l'accoucheur n'a rien autre chose à faire pour le cordon, que de veiller à ce qu'il ne soit ni comprimé ni tiraillé. Si, au contraire, les contractions sont rares et faibles, si l'enfant est gros, les parties ou le bassin étroits, en un mot, si la marche de l'accouchement est

[1] *Beiträge zur Geburtshilfe*, 2tes *Heft*, p. 118.

tellement lente que la poitrine, les bras, le cou, ne se dégagent que très-lentement, la vie de l'enfant est menacée d'un danger que l'art doit écarter.

On a, dans ce but, indiqué un grand nombre de moyens en partie contradictoires, sur lesquels je veux dire quelques mots.

Quelques accoucheurs ont pensé qu'une constriction du cordon trop longtemps prolongée, suspendant la communication entre la mère et le fœtus, empêchant pour celui-ci l'arrivée du sang oxigéné, devait entraîner sa mort.

Ils ont, en conséquence, cru avoir tout fait pour sauver celui-ci, en attirant un peu le cordon, en le couvrant avec des linges chauds, et en terminant rapidement le travail. D'autres accoucheurs avaient des idées bien différentes : ils se rappelèrent que le vaisseau qui conduit le sang de la mère à l'enfant, est une veine unique, très-grosse qui se trouve à la surface du cordon et est par conséquent plus facilement compressible pendant la version que les deux vaisseaux artériels, plus résistants et situés dans la profondeur du cordon, et qui conduisent le sang de l'enfant vers le placenta. En conséquence, ils pensèrent qu'une compression forte et soutenue du cordon devait suspendre plutôt la circulation dans la veine que dans les artères, et que l'enfant ne devait pas succomber *asphyxié*, mais plutôt *exsanguë*.

Pour éviter cette espèce d'hémorrhagie par les artères, ils aimèrent donc mieux faire la ligature du cordon avec un lien que de le laisser comprimer incomplétement par les parties génitales. De cette façon, une égale compression des vaisseaux veineux et artériels suspendait complétement la circulation entre la mère et l'enfant.

Les observations que j'ai faites sur ce sujet ne me permettent pas de me prononcer sur l'efficacité de cette proposition, quelque ingénieuse qu'elle paraisse et quelque utile qu'elle puisse devenir dans la suite.

Ainsi qu'on pouvait l'attendre d'une méthode opératoire dans laquelle la coopération de la nature est si puissante, je n'ai eu que trois fois l'occasion de faire la ligature prématurée du cordon.

Dans ces trois accouchements, les enfants vinrent très-vivaces ; il faut dire aussi que dans deux le travail fut si prompt, que je ne saurais dire si l'enfant ne serait pas né aussi vivace sans cette précaution ; le troisième cas, que j'ai soigneusement décrit dans le 3e volume de mes *Mémoires*[1] (p. 140 et suiv.), s'est cependant présenté avec des circonstances exceptionnelles qui peuvent faire naître une certaine confiance dans cette manière de procéder.

Cette femme avait eu un enfant mort dans des circonstances entièrement identiques, et cette fois, où l'on avait eu la précaution de faire la ligature du cordon, l'enfant cria et se remua fortement, bien mieux que dans les cas où le cordon n'avait pas été lié. Au bout de cinq minutes, cet enfant avait pris la couleur rouge normale des enfants nouveau-nés, et ses chairs étaient fermes et élastiques ; et cependant douze à treize minutes s'étaient écoulées depuis la ligature du cordon jusqu'au dégagement complet de la tête. Si cette observation n'était pas isolée, elle serait décisive. Une remarque importante que j'ai déjà faite dans le 3e volume de mes *Mémoires*, trouve naturellement sa place ici :

L'accoucheur est souvent assez heureux pour faire donner des signes de vie à l'enfant né dans un état de mort apparente ; quand il emploie pendant quelque temps les moyens appropriés, non-seulement l'enfant commence à respirer, à remuer, mais à avaler même les boissons qu'on lui coule dans la bouche, et cependant, au bout de peu de temps, cette lueur de vie si visible s'éteint. Mon ami, le docteur Michaelis, que la science vient de perdre, me raconta un cas d'accouchement dans lequel l'emploi soutenu des moyens les plus énergiques et les plus variés avait eu pour résultat de rappeler momentanément à la vie un enfant amené dans un état de mort apparente à la suite d'une version difficile.

La vie, prête à s'éteindre dans cette frêle créature, s'était ranimée, la respiration, embarrassée d'abord, avait été mise en train, l'espoir renaissait avec ces signes, et cependant tout

[1] *Beiträge*, 3tes *Heft*, p. 140.

fut inutile. Quelle fut la cause de la mort de cet enfant? Tous les moyens imaginables avaient été employés ici avec persistance pour réveiller la vie et la conserver; on l'avait fait respirer profondément à plusieurs reprises, tellement que mon ami, si expérimenté, ne doutait pas de la conservation de l'enfant, et cependant il ne put continuer à vivre. Les poumons de l'enfant avaient-ils peut-être été mal organisés et impropres à une respiration complète? L'enfant était cependant né de parents sains et ne portait pas de traces d'une conformation vicieuse de la poitrine. Ou bien l'enfant avait-il plutôt *perdu tout son sang* par les artères ombilicales pendant cet accouchement par les pieds qui s'était longtemps prolongé, et n'avait-t-il pas dû rester insensible à tous les stimulants artificiels que l'art lui avait prodigués, puisqu'il n'avait plus en lui le stimulant par excellence, le sang que l'art n'avait pu remplacer? en un mot, n'a-t-il pas dû mourir *d'inanition?*

VI. *Position ou attitude de l'accouchée.*

Pendant la seconde partie de la version, c'est-à-dire le passage de l'enfant à travers les parties génitales de la mère, on peut donner à l'accouchée deux positions différentes. On peut délivrer la femme sur le fauteuil ou sur un lit court (la femme couchée en travers sur un lit), ou même dans son lit ordinaire; chacune de ces positions a, pour la femme et l'accoucheur, des avantages spéciaux, que je veux exposer ici d'après mon expérience.

Quand, après la version, les contractions de la matrice se maintiennent énergiques, que l'enfant avance et que tout annonce un accouchement rapide, on pourra mettre la femme sur le fauteuil, si elle ne s'y trouve déjà.

Ce meuble a pour avantages une grande propreté pour la femme et pour l'accoucheur, une position plus commode pour celui-ci, et, si l'application du forceps devient nécessaire, la facilité de procéder à cette opération d'après la méthode allemande, sans la coucher sur un lit. Cet avantage est nul pour ceux qui, comme les Anglais, mettent la femme sur le côté pour l'application du forceps.

Si, au contraire, les premières contractions de la matrice sont faibles et rares, si la partie amenée sur le détroit supérieur avance lentement et que tout fait présumer un accouchement lent, il est prudent de ne pas mettre la femme sur le fauteuil, mais de la laisser dans *son lit* ou sur une *couchette*, de la faire coucher sur le côté gauche et de la délivrer dans cette position. Les avantages de cette situation qu'une expérience souvent répétée m'a enseignés, et que, par ce motif, je dois particulièrement recommander, sont les suivants :

1° La femme est incomparablement mieux couchée dans son lit que sur le meilleur fauteuil, et elle y attendra avec plus de patience la terminaison tardive de l'accouchement.

2° Comme tout se passe dans ce cas sous d'épaisses couvertures, la femme et l'enfant sont moins exposés à des refroidissements.

3° Quand déjà une des parties du fœtus est sortie des parties génitales, l'accoucheur peut s'éloigner encore pendant quelques instants de la femme, soit pour se reposer, soit pour tout autre motif, sans avoir à craindre, comme quand la femme se trouve sur le fauteuil, que quelques contractions énergiques inattendues, expulsant rapidement l'enfant, ne le fassent tomber en son absence dans le vase placé sous ce meuble.

4° Si l'accoucheur ne veut pas faire la ligature du cordon, et le maintenir aussi chaud que possible, il n'a pas besoin de linges chauffés ou d'autres objets, la chaleur naturelle du lit étant suffisante pour cela.

5° L'accoucheur n'a pas à s'occuper de trouver un aide pour lui confier le corps de l'enfant pendant que le ventre et la poitrine se dégagent, ni à s'inquiéter de le tenir lui-même, pendant qu'il fera la ligature du cordon ou qu'il extraira la tête; l'enfant sera soutenu par le lit et protégé par sa chaleur aussi bien qu'on peut le souhaiter.

6° Mon observation m'a appris que les manœuvres pour le dégagement des bras et celles nécessaires pour le dégagement de la tête, quand celle-ci arrive trop lentement, sont incomparablement plus faciles quand la femme est dans son lit que quand elle est assise dans un fauteuil devant l'accoucheur. La

face et l'occiput de l'enfant, ces deux points sur lesquels, dans ce dernier cas, il devra particulièrement agir, se trouvent mieux sur un plan horizontal, et sont, par conséquent, mieux à sa main, que quand il est dans une situation perpendiculaire à ces parties, ce qui le force alors à changer la position naturelle de ses mains en une position moins commode. Ces différences sont évidentes quand on essaie de faire ces manœuvres sur un mannequin placé dans ces deux positions.

7° Enfin, le rappel à la vie d'un enfant affaibli par perte de sang à travers les artères ombilicales, peut être rendu plus efficace si, immédiatement après sa naissance, il reste encore en communication avec la mère et si une certaine quantité du sang de celle-ci peut encore lui revenir; cette communication sera aussi facile que sûre dans cette atmosphère chaude dans laquelle se trouve l'enfant près de sa mère.

Mais, pour retirer de *cette situation au lit tous* ces avantages, il faut non-seulement que la femme soit couchée sur le *côté gauche*, ainsi que cela a été dit plus haut, mais qu'elle soit couchée de façon à ce que les fesses et le périnée soient entièrement libres et parfaitement accessibles à l'accoucheur. Pour cela, il est nécessaire que le lit sur lequel la femme devra accoucher, soit fait avec des matelas de crin assez fermes, ou bien que, pendant le passage de l'enfant, on glisse sous la fesse un coussin résistant, de façon à ce que celle-ci et les parties génitales le dépassent un peu. On choisira un coussin qui ne soit *ni trop dur ni trop gros*. Le premier finirait par être douloureux si l'accouchement devait durer; le second serait nuisible, en ce que la partie de l'enfant qui est sortie des parties génitales, tomberait sur le lit comme dans un creux et serait, par conséquent, mal soutenue. Au reste, la femme devra fléchir autant que possible les cuisses sur le ventre et tenir, à la mode anglaise, les genoux éloignés l'un de l'autre par un cousin, à la distance de quatre à cinq pouces au plus (15 centimètres). Chaque accoucheur devra savoir ou trouver facilement quels sont encore les autres secours à donner à la femme pour faciliter sa délivrance dans cette position.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES.

Lorsque la main ou le bras de l'enfant sont déjà engagés dans l'orifice ou se trouvent seulement dans son voisinage, et lorsque les manœuvres externes sont restées impuissantes à changer cette présentation, j'ai toujours jusqu'ici attiré complétement le bras, avant de rechercher un des pieds. Car le bras ne gêne aucunement la main qui va à la recherche du pied ; il facilite, au contraire, l'entrée de la main dans la matrice et sa progression sur les épaules ou la poitrine de l'enfant.

Au reste, j'ai toujours vu que le bras remontait spontanément et facilement aussitôt qu'un des pieds et les fesses pénètrent dans le bassin. De plus, ce membre constitue un tampon qui s'oppose à la procidence d'autres parties du fœtus, par exemple du cordon ombilical.

Nous avons vu plus haut (page 12) qu'il y avait coïncidence entre les positions anormales et l'existence d'une grande quantité de liquide amniotique, que c'était là une loi constante de la nature; il paraît qu'il existe encore une autre disposition naturelle qui facilite encore la seconde moitié de l'opération pratiquée d'après notre nouvelle méthode, c'est-à-dire l'extraction du fœtus après la version. J'ai, en effet, observé que chaque fois que le fœtus se présente dans une *position anormale* (je regarde les présentations des pieds et des fesses comme normales), *le vagin est plus large, plus chaud, plus humide, le col plus épais, plus turgescent, plus mou, et l'orifice plus ouvert,* chez les primipares comme chez les pluripares, même au début du travail, et que ces parties laissaient passer le fœtus ramené dans une position normale plus rapidement et plus facilement que dans les positions et présentations normales du fœtus[1]. La cause de ces manifesta-

[1] STEIN l'aîné paraît avoir observé quelque chose d'analogue, quand il dit dans ses *Observations* (p. 11, *Wahrnehmungen*) : « On voit quels sont les « changements qu'un accouchement prochain peut produire en peu de « temps dans le segment inférieur, changements qui, dans une présenta- « tion normale de l'enfant, sont plus lents à se faire et sont probablement « le résultat en partie d'une autre cause. »

tions est-elle mécanique? résulte-t-elle de pressions sur le col par l'enfant placé dans une situation incommode ou de la pression plus considérable de l'eau de l'amnios augmentée en quantité? ou bien réside-t-elle dans des lois encore inconnues du développement de la matrice? C'est ce que je ne saurais décider. Il suffit pour nous que les parties génitales soient assez bien préparées par la nature dans ces cas, que l'art n'ait pas de ce côté à combattre de grandes difficultés.

J'ai eu à faire, il y a quelque temps, deux accouchements de jumeaux, dans lesquels j'ai pratiqué l'extraction du second enfant par un *seul* pied, sans effort, rigoureusement d'après les règles de ma méthode. Les deux enfants vinrent non-seulement vivants, mais encore très-rapidement, quoique les deux mères ne fussent pas très-bien portantes ni robustes.

On voit clairement par là que dans ces cas où la matrice avait dû subir une dilation extrême par la présence des deux enfants, elle n'avait pas perdu la contractilité nécessaire à l'accouchement, et que, dans des cas pareils, on peut toujours compter sur sa coopération.

Le lecteur aura pu remarquer facilement qu'il résulte d'un grand nombre de passages de ce travail, que je ne suis pas de l'avis que l'ancienne méthode de faire la version doive être abandonnée dans tous les cas, et que la nouvelle méthode réponde à toutes les exigences de la pratique.

Plusieurs écrivains qui ont analysé mes travaux, m'avaient attribué cette opinion exclusive. J'ai, au contraire, toujours pensé, et plusieurs observations ont depuis longtemps fortifié cette conviction, que dans quelques cas, qui cependant ne sont pas trop fréquents, la douceur et la temporisation sont impuissantes, et que l'énergie et la promptitude dans l'action peuvent seules éloigner un danger imminent de l'enfant ou de la mère. Je n'ai qu'à rappeler ici les cas que j'ai décrits plus haut, comme devant contre-indiquer l'emploi de la nouvelle méthode, ainsi que ceux où l'accoucheur a été appelé trop tard, ou encore ceux où l'intervention inhabile de la part de sages-femmes ignorantes a causé de tels désordres qu'il n'y a plus à songer à sauver l'enfant, et où le salut de la mère exige une terminai-

son rapide du travail. La nécessité de conserver dans la pratique l'ancienne méthode aura donc aussi peu échappé au lecteur que la nécessité d'une *méthode mixte*, c'est-à-dire de celle où l'accoucheur devra employer *les deux*. Ainsi, celui-ci, après avoir fait la version par manœuvres externes, *méthode nouvelle*, pourra être obligé de faire l'extraction par la *méthode ancienne*, ou bien, après avoir fait la version par la *méthode ancienne*, c'est-à-dire par l'introduction de la main dans l'utérus, pourra abandonner à la nature l'expulsion du fœtus et y aider doucement suivant la *méthode nouvelle*. Quels sont les cas où l'emploi de cette méthode mixte est indiquée? C'est ce qui sera ressorti assez clairement pour le lecteur de ce que nous avons dit plus haut, pour que je croie superflu de l'indiquer ici.

En terminant, nous répondrons encore à une question. Dans plusieurs passages de cet écrit, j'ai parlé des avantages qui résulteraient pour l'enfant de l'emploi de la nouvelle méthode, avantages qui ont motivé de notre part sa recommandation si chaude et si pressante. On pourra maintenant se demander, si les résultats si merveilleux n'ont peut-être pas été l'effet d'un *heureux hasard*, d'un concours de circonstances favorables, plutôt que de la méthode elle-même? ou bien, si à l'action spéciale, à chaque moment de l'accouchement, se trouve parfaitement lié ce résultat comme l'effet à la cause? La réponse à cette question se trouve dans plusieurs passages plus haut, surtout dans celui où j'ai parlé des avantages de la nouvelle méthode. Pour achever de prouver complétement que la nouvelle méthode entraîne infiniment moins de danger pour la vie que l'ancienne, je n'ai plus qu'à exposer un peu plus complétement *les causes spéciales du grand danger que court la vie de l'enfant dans l'opération pratiquée par l'ancienne méthode.*

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, la léthalité résulte surtout de ce que l'accouchement par les pieds se fait *trop vite et avec violence, est forcé*. Parmi les effets de cette promptitude et de cette violence dans l'action, je n'exposerai ici que ceux qui ont une influence fâcheuse directe sur la vie de l'enfant :

1° Nous n'avons qu'à rappeler que les circonstances anxieuses qui précèdent ou accompagnent ordinairement cette opération,

qui impressionnent si vivement l'accouchée, ne sont pas sans exercer une influence fâcheuse sur la vie de l'enfant. Et d'abord ce mot prononcé avec anxiété par l'accoucheur : *l'enfant est mal tourné!* ces explications à demi-voix pour expliquer *la nécessité d'une opération*, l'appel empressé de plusieurs assistants, le changement de position de la femme qu'on met sur le bord du lit ou sur le fauteuil, l'exhibition des instruments qui peuvent être nécessaires, les dispositions que prend l'accoucheur, en mettant ses bras à nu, et d'autres préparatifs; toutes ces circonstances qui remplissent de *crainte* les assistants, ne doivent-elles pas inspirer de la terreur à la femme? N'est-il pas possible que ces préparatifs qui ont ordinairement pour résultat la cessation des contractions, quelquefois des syncopes et d'autres accidents, ne produisent aussi un trouble profond de la circulation utérine, d'où résulte un danger pour l'enfant?

2° *Les fortes pressions exercées nécessairement sur le ventre et la poitrine de l'enfant*, pour l'extraire, ou le tourner dans les directions qu'on croit nécessaires, ne sont elles pas hautement nuisibles à celui-ci? De quelle énergie n'ont-elles pas dû être dans quelques cas, pour que Stein (voy. ses *Observations* dans plusieurs passages) ait pu dire, qu'il avait été obligé *à la fin de renoncer* à amener le second pied. Les troubles les plus profonds dans les fonctions du foie, des poumons et du cœur sont les résultats certains d'une action aussi énergique.

3° *Les fortes tractions qu'on fait sur les pieds et les cuisses de l'enfant* dans l'accouchement forcé par les pieds, tractions qui ont pour effet de changer la position fléchie naturelle à ces extrémités, en position étendue, d'agir par conséquent en sens inverse de la nature, sont des manœuvres aussi très-nuisibles à l'enfant. Dans l'accouchement par les pieds, que la nature accomplit seule, la force qui pousse l'enfant à travers les parties génitales agit sur *l'extrémité supérieure* du fœtus, il en résulte que l'enfant est pressé et raccourci sur lui-même *et expulsé comme un coin*. Dans l'accouchement forcé par les pieds, la force qui met l'enfant en mouvement est appliquée à son *extrémité inférieure*, à ses pieds; l'enfant n'est pas expulsé, mais *extrait*, et ce petit corps, tiré en longueur, subit dans cette

opération le supplice de l'échelle, et se trouve dans des conditions tout opposées à celles qui sont normales dans l'accouchement spontané. Tout cela peut-il se faire sans que l'enfant éprouve des douleurs et un trouble notable des fonctions vitales? et si tout cela est innocent, en sera-t-il de même de *l'extension forcée de la colonne vertébrale?* Je rappellerai seulement au lecteur cette expérience bien connue, dans laquelle certains animaux, comme, par exemple, des chats, qui ont cependant la vie dure, sont tués instantanément quand on saisit d'une main la tête, de l'autre la queue, et qu'on fait sur ces deux extrémités des tractions subites et énergiques.

4° Dans l'accouchement forcé par les pieds, il faut aussi bien considérer le temps dans lequel un arrêt de la tête force l'accoucheur non-seulement *à tirer sur le cou*, mais encore à opérer ce mouvement si connu d'extension ou de flexion en arrière par lequel la partie antérieure du cou est mise dans une extension forcée, la partie postérieure dans un état de flexion, de pression et de raccourcissement. Cette flexion de la nuque, outre le trouble dans la circulation cervicale, ne peut-elle pas encore occasionner les accidents cités dans le n° 3. Le danger si grand des coups sur la nuque, les paralysies des membres qui sont le résultat quelquefois des accouchements difficiles par la face (dans lesquels c'est la nuque surtout qui souffre), et d'autres circonstances analogues ne prouvent-ils pas que la nuque est une des parties les plus sensibles de la colonne vertébrale?

5° Dans l'accouchement forcé par les pieds, il arrive un accident très-fréquent, qui semble, pour ainsi dire, lié à cette opération et devenir rapidement dangereux pour l'enfant; les *bras*, au lieu de descendre avec la poitrine et de se dégager des parties génitales avec elle, *remontent et restent étendus à côté de la tête.* Si l'accouchement par les pieds est abandonné à la nature, le corps du fœtus avance plus lentement, les avant-bras sont maintenus appliqués sur la poitrine ou la face, puisque le fond de l'utérus, assez fortement contracté, s'applique si bien sur la tête, qu'au-dessus d'elle il ne reste plus de place pour les bras. Dans l'accouchement forcé, c'est juste le cou-

traire qui a lieu ; le fond de l'utérus ne peut pas suivre assez vite le corps de l'enfant si rapidement extrait ; entre lui et la tête reste un espace vide, dans lequel peuvent se loger les bras, ramenés en haut par-dessus la poitrine vers la tête par l'orifice de la matrice contracté sur ces parties.

6° Encore une remarque : comme la nature ne fait pas de grands bonds dans toutes ses opérations, on se demande si la suspension si rapide des rapports entre la mère et l'enfant qui résulte de l'accouchement forcé, n'est pas nuisible à ce dernier, et s'il n'est pas plus avantageux pour lui si, dans l'accouchement par les pieds, cette suspension se produit graduellement et lentement, comme dans l'accouchement par la tête. Je ne puis pas admettre que la nature opère, avec tant de promptitude et sans préparation, ce changement, ce grand pas que l'enfant doit faire pour sortir de la vie végétative et dépendante, pour entrer dans la vie animale et indépendante. L'organe intermédiaire destiné à préparer et à effectuer la séparation entre la vie de la mère et celle de l'enfant, est le placenta ; à mesure qu'il se sépare lentement des parois utérines, la dépendance entre la mère et l'enfant diminue. Dans l'accouchement forcé par les pieds, surtout dans celui où par hasard la nature *ne coopère en aucune façon*, et où l'art est forcé de tout faire, le placenta reste dans les rapports primitifs avec les parois utérines, pendant que l'enfant est séparé de sa mère ; il ne devient pas alors l'organe de transition pour opérer cette séparation, et la vitalité de l'enfant peut certainement en être affaiblie.

FIN.